

# ГОСПИТАЛ

NE CEDE MALIS  
*Не падай духом  
в несчастье!*

# БОЛЬНИЦА

3 • 97

ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

**ИСТОРИЯ  
МОСКОВСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ**

стр. 3



**ЦНИКВИ**

НАУКА И ПРАКТИКА

стр. 4 - 7

**Лекарства**

ЛЕЧЕНИЕ  
ДЕРМАТО-  
ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ

стр. 8 - 15

**У нас в гостях**

писательница

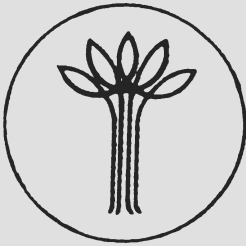
*Лидия  
Либединская*

стр. 17



Лариса Евгеньевна Димант - сотрудник отделения  
клинической дерматологии ЦНИКВИ

Фото В. Афанасьева



**В Москве с 8 по 12 апреля проходит IV Российский национальный Конгресс «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО».**

В нем участвуют ведущие российские и зарубежные ученые, представители различных врачебных специальностей, фармакологи, провизоры, работники практического здравоохранения и аптечной службы.

Тематика Конгресса включает следующие научные направления: рациональная фармакология основных заболеваний человека и их осложнения, фармакотерапия эколого-обусловленных заболеваний, новое в диагностике, профилактике и лечении инфекционных заболеваний, педиатрическая фармакология и др. Научная программа включает 63 научных симпозиума, 11 дискуссий за круглым столом, 20 симпозиумов отечественных и зарубежных фирм-производителей лекарств.

В рамках Конгресса действует традиционная выставка фармацевтической продукции.

## ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ОНКОЛОГИИ

В Москве состоялся первый Международный симпозиум «Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии». Главными организаторами выступили Общество пластической и реконструктивной онкологии, Московская Городская клиническая онкологическая больница № 62 и Комитет Здравоохранения г. Москвы. В работе симпозиума приняли участие ведущие специалисты из России, США, Европейских стран и Японии.

Накопленный онкологами многих стран опыт показывает, что современная клиническая онкология, дополненная методами пластической хирургии, дает возможность не только вылечить больных, но и сохранить привычное для них качество жизни.

Этот форум дал прекрасную возможность специалистам, работающим в смежных областях медицины - онкологии, ортопедии, челюстно-лицевой хирур-

гии, микрохирургии и других - поделиться последними достижениями, установить новые личные и профессиональные контакты.

В рамках симпозиума прошла выставка «Медицинское оборудование и фармацевтика» с участием ведущих фирм-разработчиков и производителей лекарств и оборудования для онкологии, пластической и реконструктивной хирургии.



В давние времена боль часто воспринималась как кара богов. Поиск средств, избавляющих человека от этого «наказания» идет на протяжении всей истории. В России самые популярные обезболивающие средства - аспирин, парацетамол, анальгин. В начале 60-х годов западные фармакологи открыли новую группу лекарств - нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), обладающие анальге-

## ПРОБЛЕМЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

тическими свойствами. Английская фирма Boots, первой синтезировав действующее вещество ибупрофен, начала выпускать препарат Нурофен, который с 1983 года продается без рецепта и очень популярен во многих странах мира. За прошедшие годы специалисты фирмы разработали многообразные фармацевтические формы препарата: таблетки различных дозировок и ретардные формы, сиропы, мази, кремы, свечи. На конференции, которую фирма Boots провела недавно в Москве, выступали ученые-клиницисты, которые давно изучают возможности НПВС. Профессор В. А. Насонова, директор Института ревматологии РАМН, в докладе «Ибупрофен, эффективность и

переносимость» подчеркнула, что этот препарат является средством выбора на ранних сроках развития хронических артритов, остеоартроза, а по своим анальгезирующим свойствам занимает ведущее место при лечении болевого синдрома. Высокая клиническая эффективность Нурофена при фибромиалгии и головной боли напряжения была подтверждена исследованием профессора А. М. Вейна на кафедре нервных болезней ФППО ММА им. И. М. Сеченова. Перед участниками конференции выступил профессор Ким Д. Рейнзфорд, руководитель отделения университета Шеффилд Халлум, Великобритания.

Скоро препарат Нурофен поступит в российские аптеки.

## ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

«Депрессия захлестнула мир, и с ней мы входим в XXI век» - констатировал Главный психиатр Москвы В. Н. Козырев на прошедшем симпозиуме «Терапия депрессивных расстройств: достижения и перспективы». Симпозиум был посвящен обсуждению перспектив развития современных средств профилактики и лечения депрессии и приурочен к появлению в России антидепрессанта Феварин (компания «Фармация и Апджон»).

В работе симпозиума приняли участие ведущие психиатры Российской Федерации, Украины и Белоруссии. Среди выступающих были начальник Отдела психоневрологической помощи Минздрава РФ А. С. Карпов, Руководитель Федерального центра терапии психических заболеваний при НИИ Психиатрии РФ С. Н. Мосолов, член-корреспондент РАМН, руководитель Клиники пограничных психопатологических состояний и психо-

соматических расстройств Центра психического здоровья РАМН А. Б. Смулевич. В выступлениях подчеркивалась актуальность проблемы депрессивных расстройств для России (5% ежегодный рост только зарегистрированных случаев), необходимость привлечения внимания к проблеме врачей общей практики, более полного их знакомства с антидепрессантами, поступающими сейчас на российский рынок.

Елена Макина

МОСКВА

850



МОСКОВСКИЕ БОЛЬНИЦЫ

## БАЕВЫ ПРОТИВ БОЕВЫХ

Был момент в истории России, когда богатые люди хотели отличаться и выделиться не «крутизной» машин и дач, а тем - кто больше даст денег на нужды бедных и больных. Материальная база Москов-

ской городской управы на рубеже XIX - XX в. в. была еще недостаточной для решения всех социальных вопросов, поэтому пополнение бюджета городских благотворительных учреждений осуществлялось



в значительной степени за счет этих пожертвований. Купцы и промышленники строили благотворительные учреждения, а затем передавали их городу, оставаясь попечителями создаваемых ими учреждений и обеспечивая их существование соответствующим капиталом. Так возникли богадельни Ф. Я. Ермакова, Боевых, Баевых, Тарасовых, Колосовых, Поповых, Бахрушиных, Геер и пр.

Одним из самых крупных благотворительных заведений московского городского подчинения был Дом призрения братьев Боевых. 6 февраля 1890 г. московский купец Николай Иванович Боев обратился к городскому голове с заявлением о пожертвовании городу капитала в 750 тысяч рублей на устройство Дома призрения имени братьев Николая, Петра, Алексея и Александра Боевых. 340 тысяч рублей предназначались на строительство зданий, а 410 тысяч должны были составить неприкосновенный капитал на содержание учреждения с процентов. Для устройства богадельни городская управа выделила большой участок земли на Сокольническом поле. Место было выбрано довольно удачно, вдали от городской сутолоки, рядом с огромным лесопарком и сосновой рощей.

Проектирование комплекса было поручено архитектору А. П. Оберу. Строительство закончено в 1894 г. Были выстроены крупный корпус богадельни, два здания бесплатных квартир для бедных и начальная школа. Главное здание богадельни, двухэтажное с полуподвалом, лицевым фасадом обращено к улице Стромынке (д. 10) с отступом от красной линии.

Интерьер церкви был отделан с большим вкусом и роскошью. Церковь имела мемориальное значение, и потому, очевидно, иконостас ее был сделан из мрамора. В январе 1896 г. здесь был похоронен основатель богадельни Н. И. Боев.

В первом этаже богадельни размещалось мужское отделение из 12 палат и лазарета. Здесь же были столовая и буфет. Во всю длину лицевого фасада протянулся широкий коридор, жилые палаты были обращены на юг в сторону сада. На втором этаже было 16 женских палат и женский лазарет. В каждой палате помещалось от 6 до 12 человек. Всего в богадельне призревало 300 человек. Призреваемым оказывалась постоянная медицинская помощь фельдшером, живущим при доме. Кроме того, три раза в неделю богадельню посещал врач. Архитектор А. С. Каминский пожертвовал Дому призрения небольшую библиотеку.

По уставу, в соответствии с завещанием основателей богадельни, в нее принимались лица обоюбого пола всех сословий, православного вероисповедания, не имеющие средств к жизни и неспособные по старости или физическим недостаткам к труду. Дом призрения Боевых вошел в состав учреждений городского подчинения и управлялся советом в составе четырех человек, избираемым городской думой на четыре года. Основанное Боевыми благотворительное заведение включало также два дома бесплатных квартир для бедных, где проживало около 130 семейств, в число которых входило 250 взрослых, преимущественно женщин, и свыше 400 детей.

Благие дела на пользу общества братьев Боевых задела за живое братьев Баевых, богатых московских купцов, владельцев крупной обувной фабрики. Они решили тоже оставить Москве добрую память о себе. На устройство Дома призрения братья пожертвовали 400 тысяч рублей, из

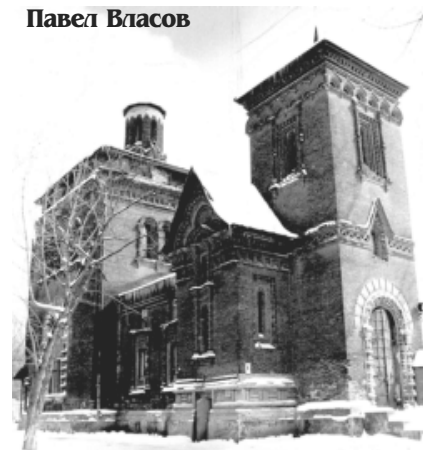
которых 100 тысяч предназначались на строительство учреждения, а 300 тысяч обращались в неприкосновенный капитал на содержание дома с процентов.

На улице Короленко находится ансамбль живописных зданий, принадлежащих сейчас Центральному научно-исследовательскому кожно-венерологическому институту (на снимках). До революции здесь находилось два функционально связанных между собой благотворительных учреждения: Московское городское коронационное убежище и Дом призрения имени И. Д. Баева-старшего. Так называемое Коронационное убежище было построено в 1901 году Московской городской управой по решению городской думы в честь коронавания «их императорских величеств». Это учреждение представляло собой больницу для хроников. Проектировал Коронационное убежище все тот же архитектор А. П. Обер. Было выстроено два одинаковых по плану и декоративной отделке корпуса - один для взрослых, другой детский. Общее число мест составило около 300. Наряду с лечением для детей была организована воспитательная работа и учеба. В частности, при убежище существовала Школа живописи, ваяния и зодчества. По проекту архитектора А. Ф. Мейснера во дворе построено живописное здание церкви.

По соседству с Коронационным убежищем, в 1902 году, братья Баевы и построили свой приют для неизлечимых больных. По желанию жертвователей Дом призрения получил имя И. Д. Баева-старшего в память их покойного брата, основателя обувной торгово-промышленной фирмы.

Двухэтажный дом приюта с полуподвалом был рассчитан на 150 человек. Первый этаж занимали женщины, второй - мужчины, в полуподвале находилась кухня, общая с Коронационным убежищем. Приют строился архитектором И. С. Кузнецовым, автором такого значительного сооружения, как Деловой двор на Варварской площади (пл. Ногина).

Павел Власов



## Судить не наше дело, наше дело - лечить

Недавно Центральному научно-исследовательскому кожно-венерологическому институту исполнилось 75 лет. Все эти годы он участвовал в разработке современных методов диагностики и лечения тяжелых системных кожных заболеваний и болезней, передающихся половым путем. И поэтому сегодня способен на самом высоком, мировом уровне, решать и теоретические, и, что особенно важно, практические проблемы.

Институт располагает не только современным иммунологическим, биохимическим и лабораторным оборудованием, но и замечательными специалистами. В штате ЦНКВИ, помимо 200 постоянных сотрудников, обучается 46 клинических ординаторов и 21 аспирант. Здесь есть возможность показать молодым специалистам самые редкие, самые трудные для диагностики случаи, ведь больные поступают сюда, как и прежде, со всех уголков России и республик бывшего Союза.

Наш корреспондент Михаил Кукулевич встретился с сотрудниками института. Первое интервью с директором ЦНКВИ академиком РАН Ю. К. Скрипкиным

**Юрий Константинович, в чем, на ваш взгляд, у специалистов института сегодня самые большие проблемы?**

- Я уже более 40 лет, с 1954 года, занимаюсь дерматовенерологией, в течение последних 20 лет возглавляю институт. Самая болевая точка, как наверное, и у всех - почти полное отсутствие финансирования. Очень сложно проводить полноценные исследования. А что касается непосредственно нашей специальности - то это резкий, безумный рост заболеваний, передающихся половым путем.

Это, безусловно, драма нашего времени, впрочем, это проблема не столько медицинская, сколько социальная. Население нищает, армия безработных пополняется. Отсюда проституция, наркомания, бомжи, повышенная миграция населения. А пропаганда здорового образа жизни - совершенно беспомощна и запоздала. Она попросту не успевает за событиями.

Бич нашего времени - бытовое пьянство. Лица, увлекающиеся бытовым пьянством, куда более опасны, чем алкоголики. Водка дешевая, продукты дорогие. Человек выпил, не закусил, потерял голову. Вот раньше - это известно каждому дерматовенерологу - если у больной сифилисом женщины побывало 10 человек, то заболело 5 - 6 партнеров, а теперь 8 - 9, а то и вся десятка. Почему так? Население в значительной своей части недополучает белковых продуктов, а значит иммунная защита снижена.

Экологические факторы сказываются на увеличении числа аллергических заболеваний, псориаза. Вы знаете, что этим системным заболеванием страдает 3% населения? У некоторых поражается не только кожа, но и суставы. В распространении заболевания "помогают" и многочисленные стрессы, переживаемые современным человеком. Так что драматических моментов у нас очень много.

**Больные, страдающие распространенными кожными болезнями, это тяжелые больные?**

- Ну, во первых, у них страдает не только

кожа. Чисто кожных болезней нет, есть болезни иммунной системы, нервной системы, различных органов и систем организма. Я иногда в порядке шутки говорю, что даже чесотка - не чисто кожное заболевание, потому что на клеща, находящегося в коже, организм реагирует аллергией. Так вот - единственно чисто кожное заболевание - это педикулез. Вошь она, действительно, только на коже.

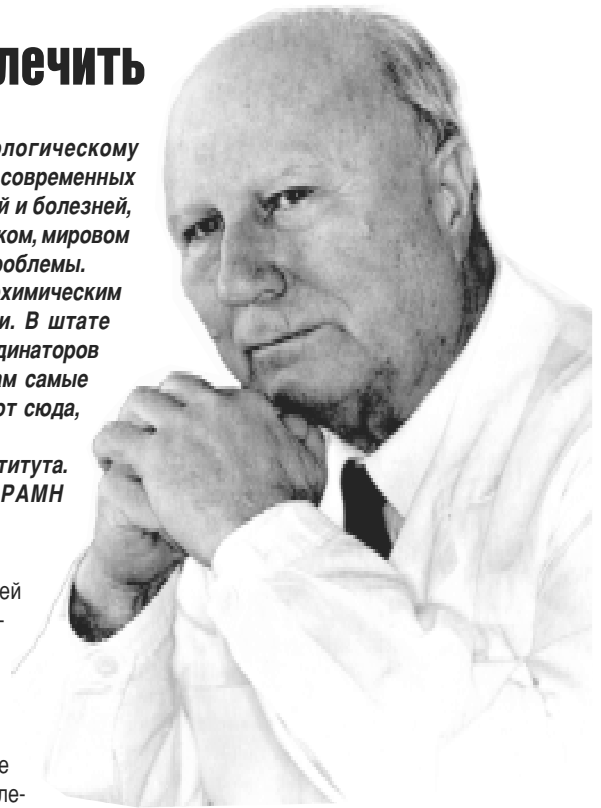
**Юрий Константинович, расскажите немного о себе.**

- Я закончил в 1954 году Курский медицинский институт и прошел по конкурсу в клиническую ординатуру. Мне помогло то, что на конференции молодых ученых я занял одно из ведущих мест с докладом, посвященным экспериментальным вопросам дерматологии - меня тогда интересовала роль центральной и периферической нервной системы в развитии грибковых заболеваний.

Семья моя давно, в нескольких поколениях, занимается медициной. Мы недавно стали вспоминать и насчитали 48 врачей. Отец, мать, дяди, тети, дедушки, бабушки, даже прадедушки и прабабушки. Мой брат - судебный эксперт, сестра - хирург-офтальмолог, племянница - тоже. У сибиряка-отца было тринадцать братьев и трое из них были врачами, а у матери, родившейся на Украине, были две сестры и четыре брата - все врачи.

Что еще рассказать о себе? Под моим руководством защищено 25 докторских и 76 кандидатских диссертаций. Еще несколько докторских и с десяток кандидатских - на выходе. Основное направление моей школы - изучение иммунологических сдвигов, аллергической реактивности и нейро-эндокринных расстройств в генезе системных хронических заболеваний кожи. Мои ученики работают практически на половине всех кафедр России. И в диспансерах Москвы большая часть врачей - тоже мои питомцы.

В свободное время я очень люблю зани-



маться шахматами, а из других видов спорта - лыжами и плаванием. На бассейн времени не хватает, но зимой каждую субботу - я на лыжне. Такой заряд на целую неделю!

**Вы потомственный врач, у вас большой опыт. Как вы советуете своим ученикам строить взаимоотношения с пациентами?**

- Я считаю, что они должны быть похожи на отношения священника и исповедующегося. Только так! Если больной тебе доверяет, он тебе и без паспорта все расскажет. У нас сейчас человек несет ответственность только за заведомое заражение партнера. Задача врача в том и состоит, чтобы вселить в пациента чувство уверенности - врачебная тайна будет обязательно сохранена. Это жесткое правило, и его надо соблюдать. Мы должны проявлять максимальную человечность и гуманность. Судить - не наше дело, у нас другая задача - вылечить, помочь, облегчить страдания.

**А до каких границ должна простирается терпимость врача?**

- Врач всегда должен быть терпеливым. Он должен быть искренним и внимательным. Великий Мудров как-то сказал: "Помни, когда ты изучаешь больного, он в этот момент изучает тебя". Поэтому врач должен быть максимально доброжелательным, максимально чистоплотным - начиная с внешнего вида и кончая состоянием души, в которой должна жить одна страсть - желание помочь больному. Все остальное - раздражительность, тщеславие, корыстолюбие - все должно быть отсечено. Если он лечит на ходу, с раздражением, злобой - больной тут же это поймет, как и то, что он напрасно теряет у такого врача свое время.

## Весь спектр диагностики и терапии

**В. А. Самсонов, заведующий отделом, профессор**

**Владимир Алексеевич, ваш отдел является ведущим в институте. Каковы основные направления его деятельности?**

- Наш отдел включает клиническое и научно-консультативно-диагностическое отделения, отделения детской дерматологии, физиотерапии, патоморфологии, микологии, иммунологии с иммунотерапией и биохимическое отделение. ЦНИКВИ является базой Фармкомитета, проводит клинические испытания и дает заключения на практическое применение тех или иных препаратов. У нас проводится первичная врачебная специализация по дерматологии, повышение квалификации врачей на рабочих местах, по окончании обучения выдаются сертификаты.

Все подразделения тесно между собой взаимодействуют. Лечение осуществляется в стационаре круглосуточно или по принципу дневного стационара. В числе наших специалистов - профессора и кандидаты медицин-

ских наук, врачи высшей категории. Применяются самые современные методы диагностики (гистологические, иммунологические, аллергические, биохимические), новейшие лекарственные средства и методы, в том числе физиотерапевтические (ПУВА-терапия, селективная фототерапия, лазеротерапия и др.)

В отделение клинической дерматологии поступают пациенты с широко распространенными дерматозами - псориаз, atopический дерматит, экзема, красный плоский лишай, пруриго, а также с тяжело текущими заболеваниями - грибковидный микоз, первичный ретикулез кожи, саркома Капоши. Мы лечим больных, страдающих пузырьными дерматозами, такими как дерматит Дюринга, вульгарная пузырчатка и др.

**Кого вы лечите бесплатно ?**

- Тех, кто приходит к нам с направлениями Министерства здравоохранения РФ, Комитета здравоохранения г. Москвы и других уч-



реждений мы лечим бесплатно. А для остальных лечение платное, хотя его цена значительно ниже, чем в коммерческих организациях.

## Отделение врачебной косметологии

**Руководит отделением кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Ирина Ивановна Богатырева.** Это отделение в составе ЦНИКВИ открылось сравнительно недавно, но за короткий срок было оснащено самым современным оборудованием для коррекции косметических недостатков лица и тела.

Эта широко распространенная патология, имеющая риск в развитии онкологии. Лечение достаточно сложное: болезнь сопряжена с нарушением местного клеточного иммунитета, поэтому требуются эффективные методы деструкции опухолей, индуцированных вирусами.

Здесь профессионально лечат угревую сыпь, болезни волос, удаляют различные новообра-

живных гелей глубоко очищают кожу, не оставляя следов. Одновременно производится вакуумный массаж, вакуумная экстракция, микрошлифовка, электрохимическая коагуляция сосудов, дарсонвализация, то есть полный комплекс мероприятий, пройдя которой женщина возвращает себе красоту. Еще одна уникальная процедура, которую выполняют в отделении - это мик-



Здесь ведут исследования по разным направлениям, в числе основных - диагностика и лечение папиллом, вызываемых вирусной инфек-

цией. Это широко распространенная патология, имеющая риск в развитии онкологии. Лечение достаточно сложное: болезнь сопряжена с нарушением местного клеточного иммунитета, поэтому требуются эффективные методы деструкции опухолей, индуцированных вирусами.

Процедуры по очистке кожи с помощью абра-

ролифтинг. Он проводится со скоростью 50 сокращений в минуту и прекрасно разглаживает морщины. Имеется в отделении и аппарат для коррекции фигуры - бодиформинг.

Для того, чтобы попасть к этим прекрасным специалистам, достаточно позвонить по телефону 964 3955 в регистратуру или 964 4420 - непосредственно в кабинет зав. отделением Ирины Ивановны Богатыревой.

## Отделение клинической иммунологии и иммунотерапии

**Отделением клинической иммунологии и иммунотерапии (с культурой клеток) руководит профессор, доктор медицинских наук Анна Васильевна Резайкина.** Это одно из важнейших научных подразделений института, поскольку почти все заболевания кожи, а также те, которые передаются половым путем, сопровождаются глубокими изменениями иммунитета.

В отделении определяют иммунный и интерфероновый статус пациентов, проводят аллергопробы, могут индивидуально подобрать тот или иной иммуномодулятор. Это особенно важно для онкологических больных, ведь количество предлагаемых препаратов растет, и лечащему врачу очень важно выбрать наиболее эф-

фективный. С помощью оригинальной методики с использованием прибора для определения клеточного и гуморального факторов иммунитета (хемиллюминометра) здесь могут с высокой точностью предсказать действие того или иного иммуномодулятора.

Сейчас разрабатывается на хемиллюминометре и новая серодиагностическая реакция для диагностики сифилиса с помощью трепонемного антигена. Она будет гораздо точнее остальных диагностических реакций, включая реакцию пассивной гемагглютинации. Иммунный статус здесь определяют с помощью новейшей модели проточного цитометра, используя метод моноклональных антител.

Гордость отделения - методики, позволяющие

выращивать культуру клеток кожи. И если клетки здоровых людей здесь выращивать давно научились, то сейчас поставлена значительно более трудная задача - вырастить клетки больные, чтобы глубже изучить особенности патогенеза и возможности лечения такой болезни века, как псориаз.

Научная база и большой опыт позволили отделению получить лицензию и стать Центром по гигиенической сертификации косметологических средств. Кремам и лосьонам, прошедшим сертификацию в этом Центре, вполне можно доверять. Здесь проверяют не только их эффективность, но и безопасность, а также соответствие санитарно-гигиеническим стандартам.



## Отделение физиотерапии

чатся любые, в том числе и тяжелые формы псориаза, такие как эритродермия или пустулезный псориаз.

Важное направление в деятельности отделения - лазеротерапия. Используются как высокомошные лазеры - в основном для лазерной хирургии, для удаления различных доброкачественных новообразований кожи (сосудистые опухоли, пигментные, телеангиоэктазии, остроконечные кандиломы, бородавки, утолщенные ногтевые пластинки, пораженные грибок), так и лазеры терапевтические.

Основными показаниями для терапии являются склеродермия, гнездная алопеция, атопический дерматит, васкулиты, герпес, особенно опоясывающий лишай. Кроме кожных, в отделении лечат урологические и гинекологические заболевания: хронические простатиты, аднекситы, эрозии шейки матки. Используется в комплексном лечении и лазерное облучение крови через кожу. Нередко лазерная терапия сочетается и с магнитотерапией. Основным показанием здесь является псориатический артрит.

И последний метод, о котором хочется рассказать: букки-терапия - использование пограничных с рентгеновскими лучей. Это лучи, находящиеся в спектре между ультрафиолетовыми и рентгеновскими, не имеют вредного воздействия последних, действуют мягко. Они показаны для лечения и профилактики различных рубцовых поражений кожи - послеоперационных, послеожоговых, гипертрофических келлоидных рубцов, а также при ряде кожных заболеваний - ограниченные формы нейродермита, экземы, красного плоского лишая у детей и у взрослых. Метод довольно эффективный, особенно при раннем обращении.

Как же попасть на лечение в это отделение? Если больной приходит по направлению кожнодиспансера, его лечат бесплатно. Если же больной приходит сам, консультация и лечение будет платным. Скажем, при псориазе 20 процедур обойдутся такому больному около миллиона рублей.



**Отделением физиотерапии руководит кандидат медицинских наук Волнухин Владимир Анатольевич.**

Отделение заполнено аппаратурой достаточно уникальной, доступной далеко не каждой дермато-венерологической клинике. Из применяющихся методик прежде всего пойдет речь о ПУВА-терапии. Этот метод заключается в ультрафиолетовом облучении кожи, подготовленной к облучению специальными фотосенсибилизаторами фурукумаринового ряда. При этом используются лучи "А" спектра, то есть длинноволновые ультрафиолетовые лучи. Метод заключается именно в сочетанном применении фотосенсибилизаторов и ультрафиолетовых лучей этого спектра. Основные показания для его применения - псориаз, витилиго, гнездное облысение, нейродерматозы - распространенный нейродермит, экзема различных форм, почесуха, пигментная крапивница, угревая сыпь и ряд других заболеваний. Эффективность лечения для псориаза достаточно высока - у 90% людей наступает значительное и стойкое улучшение процесса. Обычно курса ПУВА-терапии хватает на 1-2 года, но бывали случаи, когда обострений не было 15-20 лет. Этим методом ле-



## Промедление опасно, надо действовать

**В. А. Аковбян, заведующий отделом, профессор**

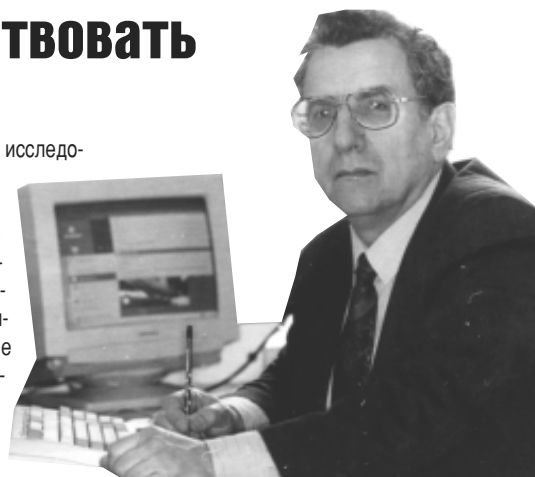
Почему мы все время говорим о сифилисе? Статистика этого заболевания дает возможность судить об очень многом: о состоянии системы здравоохранения, о состоянии культуры и образованности населения, о санитарно-гигиенической обстановке, наконец. То есть, заболеваемость сифилисом, в какой-то степени, является показателем физического и нравственного здоровья общества.

Я закончил мединститут в 1964 году. Помню, у нас в клинике больному с первичным сифилисом не начинали лечения до тех пор, пока его не осматривают все студенты потока. С точки зрения медицинской этики это не лезло ни в какие ворота! Но иначе студенты могли вообще такого больного никогда больше не встретить! А теперь нет проблем. Могу, правда сказать, что это - мировая тенденция. В 1992 году в мире зарегистрировалось 125 миллионов больных с заболеваниями, передаваемыми половым путем, а в 1995 их уже стало 330 миллионов.

Специалисты имеют свой коэффициент опре-

цами. Но у нас Биллилин-1 внимания исследователей не привлек, а на Западе им занялись всерьез и вскоре многочисленные фирмы стали выпускать его под разными названиями. Все эти зарубежные аналоги мы тщательно изучили, включая фармакокинетику. Долго не решались пойти на сокращение курса лечения, но в конце концов убедились, что однократная инъекция Экстенциллина (Франция) или Ретарпена (Австрия) позволяет сохранять необходимую концентрацию антибиотика в крови пациентов в течение трех недель! Хотя это не означает, что больного можно излечить одной инъекцией препарата.

Видите, как давит жизнь, какой темп, ритм? Ну кто будет сейчас лежать в больнице по поводу сифилиса по полтора месяца! Он же разорится, его семья по миру пойдет. Конечно, мы немного перестраховываемся - делаем не один, а два укола. Больше трех - это уже бессмыс-



стве адекватной диагностики хламидиоза приводит к неприятным последствиям, в частности, у больного формируются фобии, в результате чего ему кажется, что хламидии буквально лезут отовсюду - из глаз, из ушей, из носа. Человек становится полным инвалидом, причем, поражается психика.

**Что, на ваш взгляд, спровоцировало рост числа венерических заболеваний?**

- Главное зло сегодня - проституция. Она со-

**В 1995 году заболеваемость сифилисом в России увеличилась в 50 раз по сравнению с 1989 годом. Причем, заболеваемость среди детей (до 14 лет) увеличилась в 40 раз. Процент врожденных форм у детей не большой, в основном это сифилис, полученный половым путем.**

деления уровня этой заболеваемости. Для того, чтобы получить реальные цифры, надо умножить регистрируемые цифры на 3. Американцы умножают даже на 4. То есть, если они регистрируют 500 000 гонорей, то на самом деле их 2 000 000. Если мы считаем, что в 1995 году у нас было сифилиса 270 000 первичных случаев, то их на самом деле значительно больше.

Наш большой плюс в том, что система кожно-венерологических диспансеров в России все-таки сохранилась. Лабораторная и диагностическая служба у нас нормальная, даже хорошая, мы успеваем за всем миром, контингент врачей отличный. Мы добились, что в составе кожно-венерологических диспансеров, помимо обычной регистрации, стали действовать кабинеты анонимного обследования. Благодаря этому, мне кажется, нам удается сегодня выявлять сифилис на более ранних стадиях. Раньше, при строгом учете, больные исчезали - уезжали, скрывались, обманывали, приходили с чужими паспортами. Теперь все иначе.

**Есть ли сейчас проблемы в лечении венерических больных?**

- К счастью, нет. Мы внедрили в медицинскую практику новые пролонгированные препараты. Что интересно, основное действующее вещество импортных препаратов (бензатин-бензилпенициллин) Ермольева и ее ученики синтезировали практически в одно время с американ-

цами, эффективность лечения при этом нисколько не увеличивается.

В лечении уrogenитальных инфекций (хламидиоза, бактериального вагиноза, микоплазмоза и т. п.) тот же принцип - однократная инъекция. Среди нерешенных проблем - лечение герпеса. Этот вирус персистирует в клеточных образованиях, мы пытаемся воздействовать на иммунную систему, применяем сочетания препаратов, но пока что лучше ацикловира ничего не имеем.

Что касается лабораторной диагностики, то тут у нас есть интересные разработки. К стати, реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), которая сегодня употребляется во всем мире, давно, лет десять назад, была разработана у нас. Но в то время она не получила массового распространения и только теперь мы начали производить и распространять эти тест-системы. Сейчас в процессе внедрения реакции совершенно нового класса, потрясающие по своей идее и простоте - так называемые цепные полимеразные реакции (лигазные, ДНК-полимеразные). С их помощью можно диагностировать любые инфекционные заболевания. Например, при нашем, венерическом, заболевании не надо делать соскоба из уретры, не нужно даже брать кровь - для реакции достаточно мочи больного. В ближайших планах отсюда - внедрение культурального метода диагностики хламидиоза - метода сложного, дорогого и трудоемкого, но крайне необходимого. Отсут-

ственно неконтролируема. Мы просим Правительство - примите решение! Любое! Исходя из него мы начнем действовать. Если решите запретить - организуйте милицейские бригады, включите нас в их состав и мы будем отлавливать и лечить. Если решите ее узаконить, то дайте нам возможность регулярно обследовать этот контингент. Вопрос обсуждался недавно на коллегии МЗ РФ, на заседании одной из подкомиссий Совета Безопасности РФ, но там посчитали, что ставить его перед Правительством преждевременно, не тот момент, есть более важные проблемы. Представители Этического комитета, люди убежденные седины, считают, что узаконенная проституция, это, мол, еще одно проявление унижения страны, предательство наших идеалов... Чем дело кончится я не знаю, это, действительно, очень сложный вопрос. Может быть нужно, чтобы заболеваемость еще больше выросла?

Свою отрицательную роль сыграла чрезмерная "обнаженность" средств массовой информации. На неподготовленных советских людей обрушился поток порнографии, насилия. Особенно пострадала молодежь, дети. В то время как на Западе выпускник колледжа (наша средняя школа) не просто знает анатомию, физиологию, технику интимных отношений - он еще и **воспитан** в духе ответственности за свое здоровье и здоровье полового партнера. Это очень важно, очень!

## СКИН-КАП В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И СЕБОРЕЙНЫМ ДЕРМАТИТОМ

*А. А. Кубанова, зам. директора по научной работе ЦНИКВИ, член-корреспондент РАМН, профессор; В. А. Самсонов, зав. отделом дерматологии, профессор; И. Г. Фомкина, научный сотрудник отделения клинической дерматологии*

Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний на земле, им страдает 1 - 2% населения. Больные псориазом и себорейным дерматитом составляют значительный процент среди контингента больных на амбулаторном приеме.

При ограниченных формах псориаза и себорейного дерматита, особенно с локализацией на волосистой части головы, наружное лечение занимает ведущее место среди всех лечебных мероприятий. Из наружных средств чаще всего используются мази, лосьоны, кремы, нередко содержащие глюкокортикоиды, в том числе и фторированные, которые, к сожалению, при длительном применении могут вызывать различные побочные явления.

Поэтому расширение арсенала и поиск новых, эффективных, не содержащих стероиды средств на сегодняшний день является приоритетным.

Испанская фирма "Хеминова Интернешнл" создала аэрозоль "Скин-кап" - высококачественный, не имеющий аналогов продукт, в состав которого входит активированный цинк пиритионат (0,5%) и сульфат метилового спирта (0,1%). За счет последнего увеличивается проницаемость кожи, обеспечивается быстрое всасывание активного компонента препарата и доставка его в глубокие слои эпидермиса.

Аэрозоль "Скин-кап" выпускается в баллонах под давлением, емкостью 100 мл с распылительной головкой и специальной насадкой для облегчения обработки кожи волосистой части головы.

Хотелось бы поделиться опытом применения препарата "Скин-кап" в нашей клинике.

Для установления эффективности препарата в качестве противовоспалительного и противозудного средства нами была отобрана группа пациентов, которые амбулаторно применяли только "Скин-кап". Больных псориазом волосистой кожи головы было 23, себорейным дерматитом и его различными клиническими проявлениями наблюдали 17 человек.

Псориазом волосистой кожи головы страдали 12 мужчин и 11 женщин в возрасте от 18 до 60 лет, с давностью заболевания от 1 года до 15 лет.

Ранее больные получали общее лечение, включающее витаминотерапию, десенсибилизирующие препараты, ангиопротекторы. Местное лечение - мазями, содержащими салициловую кислоту, серу, кортикостероидными мазями. В ходе лечения отмечался временный умеренный эффект.

У всех пациентов на волосистой коже головы имелись умеренно инфильтрированные бляшки розовато-буроватого цвета, покрытые серебристо-белыми чешуйками, чешуйко-корками, располагавшимися преимущественно в лобной, затылочной и височной областях по типу "короны" (13 человек) или по всей волосистой коже головы (10 человек).

Себорейный дерматит с явлениями дерматита, чешуйко-корками наблюдался у 8 больных, себорейный дерматит с проявлениями в виде чешуек, чешуйко-корок на волосистой коже головы определялся у 9 больных. Мужчин было 7, женщин - 10, в возрасте от 17 до 54 лет, с давностью заболевания от 1 года до 5 лет. Абсолютное число больных себорейным дерматитом отмечали периодический зуд от умеренного до небольшого. 11 человек ранее применяли различные противосеборейные шампуни, глюкокортикоидные мази, лосьоны с незначительным или кратковременным эффектом. 6 больных ранее лечения не получали.

Клиническая картина характеризовалась наличием розоватых пятен и желтоватых чешуйко-корок на волосистой коже головы у одних больных и белесоватыми сухими мелкопластинчатыми и муковидными чешуйками - у других.

Всем больным "Скин-кап"-аэрозоль назначался 2 раза в день утром и вечером, в количестве, достаточном для полного покрытия пораженных участков кожи, путем распыления аэрозоля с расстояния 10 - 15 см. После нанесения препарат оставался на коже до полного высыхания.

Длительность лечения не превышала 1,5 - 2-х недель. Для получения устойчивого эффекта рекомендовалось лечение продолжать еще в течение недели после исчезновения клинических симптомов болезни. Во время лечения для мытья головы больные 2 - 3 раза в неделю пользовались детскими шампунями и шампунями с нейтральным pH. Сопутствующая

терапия по поводу кожного заболевания не проводилась ни у одного из наших больных.

В результате лечения препаратом "Скин-кап" у всех 40 пациентов был достигнут положительный терапевтический эффект. При этом клиническое выздоровление, т. е. полное разрешение всех признаков болезни, наблюдалось у 30 (75%) больных. Значительное улучшение, т. е. регрессирование высыпаний более чем на 75%, констатировано у 10 (25%) пациентов.

У всех больных как себорейным дерматитом, так и псориазом, отмечавших до начала лечения зуд или жжение, уже на 2 - 3 день регистрировалось четкое уменьшение неприятных субъективных ощущений, а на 4 - 5 дни - их полное исчезновение.

Переносимость "Скин-капа" всеми больными была хорошей. Из побочных явлений 5 больных псориазом и себорейным дерматитом отмечали жжение в первый день применения препарата, которое в дальнейшем исчезло. Других побочных явлений не констатировано.

"Скин-кап" хорошо впитывается в кожу, имеет приятный запах, удобен в применении.

Таким образом, монотерапия препаратом "Скин-кап" оказалась успешной у всех 40 больных с поражениями волосистой кожи головы. Высокая терапевтическая эффективность отмечалась и у больных псориазом, и у больных себорейным дерматитом.

"Скин-кап" хорошо переносится больными, не вызывая аллергических реакций, раздражения кожи, а также побочных эффектов, характерных для галогенизированных глюкокортикоидных наружных средств.

"Скин-кап" является оригинальным средством наружной терапии больных псориазом и себорейным дерматитом и обладает явными преимуществами по сравнению с другими традиционными наружными средствами.

Считаем возможным и целесообразным рекомендовать применение препарата "Скин-кап" для лечения больных с различными проявлениями себорейного дерматита и ограниченными формами псориаза.



## РОАККУТАН В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ

С. А. Масюкова, ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук

Лечение различных клинических форм акне во многих случаях остается трудной задачей, а использование различных методов и косметических средств, особенно при абсцедирующих и конглобатных формах, приводит лишь к клинической ремиссии, реже к излечению.

Акне vulgaris - самое распространенное заболевание, которое встречается у 80 - 85% подростков и лиц молодого возраста от 12 до 30 лет и характеризуется сезонностью, частыми обострениями. Нередко течение заболевания сопровождается формированием стойких обезображивающих рубцов на лице и туловище, что приводит к серьезным психологическим проблемам и социальной дезориентации пациентов.

Акне представляет собой заболевание сальных желез и волосяных фолликулов и обычно развивается в пубертатном периоде, когда начинают активно функционировать половые железы. В развитии заболевания основными факторами являются: гиперсекреция сальных желез и избыточная продукция кожного сала; фолликулярный гиперкератоз, что приводит к ороговению устьев и протоков сальных желез; размножение коринобактерий (*Propionibacterium acne*) в заблокированной сальной железе; воспаление; наследственная предрасположенность; нарушение циркуляции некоторых гормонов.

По клиническим формам различают папулезную или комедональную форму, папулопустулезную, индуративную, абсцедирующую, флегмонозную и конглобатную форму, которая является наиболее тяжелой формой и отличается торпидностью к проводимой терапии.

Уникальными препаратами, действующими на многие звенья патогенеза заболевания, являются ретиноиды и, в частности, **Роаккутан**. Ретиноиды - это группа химических соединений, представляющих собой природные и синтетические аналоги витамина А. Получение и клиническое применение синтетических ретиноидов стало важным этапом в лечении тяжелых дерматозов. По своей значимости внедрение в практику роаккутана (изотретиноина или 13-цис-ретиноевой кислоты) явилось революцией в лечении различных форм акне. Приоритет в синтезировании ароматического ретиноида принадлежит фирме "Ф. Хоффманн-ля Рош Лтд.", который был получен в 1971 году. Первые клинические испытания изотретиноина были проведены в 1972 году и до настоящего времени с успехом применяются в терапии акне как системно, так и для наружного лечения.

Фармакокинетика. Roaccutan (isotretinoin, 13-cis-retinoic acid) быстро всасывается при приеме внутрь с пищей и через 3 часа достигает пика концентрации в сыворотке крови. Распределение изотретиноина в сыворотке крови осуществляется с помощью липопротеинов, с которыми связывается 99,9% вещества. Период выведения препарата 20 часов, а его основного метаболита 4-оксиизотретиноина - 30 часов. Не отмечена его кумуляции в печени и тканях. После приема внутрь роаккутан депонируется в печени, затем в крови связывается с эритроцитами и транспортными белками крови. Затем опознается клетками-мишенями посредством ретинсвязывающих рецепторов эпителиоцитов кожи. Изотретиноин очень быстро ингибирует на 80% секрецию кожного сала, снижает активность сальных желез, уменьшает их размер до 90% от исходного объема, изменяет состав поверхностных липидов кожи. Он оказывает выраженное ингибирующее влияние на пролиферативные изменения в эпидермисе, нормализует процессы ороговения за счет уменьшения сцепления роговых клеток и состава межклеточного вещества. Кроме этого препарат обладает противовоспалительным, антибактериальным и иммуномодулирующим действием. Таким образом, механизм действия роаккутана объясняет высокий терапевтический эффект при лечении различных форм акне.

Основными критериями назначения препарата являются: возраст, тяжелые формы акне, конглобатные акне, акне, устойчивые к традиционной терапии, рецидивирующие акне. До начала лечения больным необходимо провести биохимические исследования, характеризующие функциональное состояние печени и липидного обмена (общих липидов, холестерина, триглицеридов, АсАТ, АлАТ) и исключить беременность. Биохимический контроль проводится ежемесячно во время и после окончания лечения.

Несмотря на довольно большой опыт применения роаккутана в лечении тяжелых форм акне, до сих пор существуют различные рекомендации по продолжительности лечения и суточной дозе препарата. По данным зарубежных авторов лечение больных роаккутаном следует назначать с максимальных доз препарата, т. к. лечение более низкими дозами приводит к рецидивированию заболевания. В связи с этим суточную дозу препарата пациенты принимали из расчета 1 мг/кг веса первые 1 - 2 месяца, а затем более низкими дозами 0,5-0,3 мг/кг в черное время однократно после ужина. Курс лечения составил от 4 до 6 месяцев.

В Центральном научно-исследовательском кожно-венерологическом институте проведено клиническое изучение роаккутана у больных различными формами акне. Наши исследования показали, что роаккутан в дозе 40 - 60 мг с учетом тяжести и распространенности процесса в течение 1 - 2 месяцев обеспечивает терапевтический эффект. В оставшиеся месяцы препарат рекомендуем принимать по 20 мг на 1 кг массы тела.

При абсцедирующих и флегмонозных формах роаккутан назначался по 20 - 40 мг в течение 1 - 2 месяцев, а затем по 10 мг 3 - 4 месяца.

При индуративных и папулопустулезных угрях: 1 - 2 месяца по 20 мг препарата, а затем по 10 мг на протяжении 3 - 4 месяцев. Роаккутан следует назначать только в осенне-зимний периоды, т. к. он обладает фоточувствительным эффектом. При назначении препарата больные должны быть предупреждены о возможных осложнениях, которые неизбежны в процессе лечения. У большей части пациентов отмечается обострение кожного процесса в первые 2 - 3 недели приема препарата. В эти же сроки наблюдается уменьшение числа воспалительных элементов, сухость кожи лица и шелушение. В первые 4 - 6 недель воспалительные элементы подвергаются регрессу в области лица и только к концу второго месяца на туловище. В дальнейшем нарастает сухость кожи, шелушение, появление трещин на слизистой оболочке губ, появление ретиноидного дерматита. Эти явления быстро проходят после прекращения приема препарата. При тяжелых формах конглобатных угрей повторные курсы следует назначать через 8 - 16 недель после завершения первого курса лечения. При назначении роаккутана женщинам детородного возраста следует исключить беременность ввиду его тератогенного действия и применять эффективные меры контрацепции в процессе лечения и спустя более 3 месяцев после окончания курса терапии. В литературе имеются сообщения об эффективности роаккутана при лечении розовых угрей, жирной себореи кожи лица и волосистой части головы, не поддающихся традиционным методам терапии, а также при пустулезном псориазе, болезни Девержи и др.

Таким образом роаккутан является высокоэффективным препаратом для лечения различных форм акне, особенно конглобатных угрей, при строгом соблюдении показаний и противопоказаний к назначению препарата и ежемесячном биохимическом контроле.

## ЭГИС



**Суметролим** - комплексный сульфаниламидный препарат в состав которого входят сульфаметоксазол и триметоприм. Оказывая влияние на одну и ту же цепь биохимических реакций, они потенцируют действие друг друга.

Показания к применению: заболевания верхних и нижних дыхательных путей (острые и хронические бронхиты, бронхоэктазии, пневмонии, тонзиллит, синусит, фарингит), инфекции почек и мочевыводящих путей (цистит, пиелит, пи-

елонефрит, уретрит), воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, холангит), инфекции ЖКТ (энтерит, брюшной тиф, паратиф, дизентерия), заболевания мочеполовых путей (уретрит, вызываемый гонококком, простатит), инфекции кожи (фурункулез, абсцесс, инфекции ран).

Противопоказания: недостаточность печени и почек, нарушение картины крови, гиперчувствительность к сульфаниламидным препаратам, беременность (первый триместр и период перед родами). Во время лактации - в первые 6 недель - назначения препарата следует избегать.

Дозировка: для детей в возрасте 1 год - 1/4 таблетки 2 раза в день или 1 мл сиропа 2 раза в день; для детей от 2 до 6 лет - по 1/4 - 1/2 таблетки 2 раза в день или 6 - 8 мл сиропа 2 раза в день; детям от 7 до 12 лет - по 1/2 - 1 таблетке 2 раза в день или по 8 - 16 мл сиропа 2 раза в день после еды.

1/4 таблетки или 4 мл сиропа содержит 20 мг триметоприма и 100 мг сульфаметоксазола.

Побочные эффекты: плохое самочувствие, головные боли, сыпь, жалобы со стороны желудка. Редко отмечаются нарушения кроветворной системы переходящего характера, которые при назначении фолиевой кислоты исчезают.

## СУМЕТРОЛИМ

Следует избегать совместного назначения с оральными антикоагулянтами, фенитоином, противодиабетическими средствами, метотрексатом, салицилатами, фенилбутазоном и напроксеном. Во время лечения Суметролимом необходимо заботиться о приеме достаточного количества жидкости.

Форма выпуска: сироп во флаконе 100 мл; таблетки № 20.

*Более подобная информация о препаратах Венгерского фармацевтического завода "Эгис" и возможности их закупки в Представительстве по адресу: 123376, Москва, ул. Красная Пресня, 1/7, офис 570, тел.: 252 6402, 250 7180; факс: 252 6502.*

## ЯНССЕН-СИЛАГ



**ЯНССЕН-СИЛАГ**  
фирма корпорации *Джонсон-Джонсон*

Согласно медицинской статистике, каждый пятый житель мира имеет открытую или скрытую форму грибкового заболевания. У половины из инфицированных - грибковые заболевания ногтей - онихомикозы. Это заболевание очень распространено и в нашей стране. Практически каждый врач-миколог ежедневно консультирует больных с грибковыми заболеваниями ногтей.

Среди множества антигрибковых препаратов подчас трудно найти лекарство, которое действительно нужно больному. Недавно в России появился новый противогрибковый препарат - **Орунгал**, призванный облегчить работу врачей и страдания больных. Это системный противогрибковый препарат орального применения, синтетический антимикотик, выпускаемый в виде розово-голубых капсул, содержащих по 100 мг итраконазола в виде микрогранул.

Орунгал - первый системный антимикотик, сочетаю-

щий в себе высокую эффективность, большую надежность, удобную схему лечения, а также наименьший риск возникновения побочных эффектов и низкую частоту рецидивов.

Первые преимущества Орунгала характеризуются чрезвычайной широтой действия. Он уничтожает все грибки (дерматофиты, дрожжи и плесени), способные вызвать заболевания ногтей. Врачу нет необходимости тратить время на определение культуры грибка.

Препарат признан дерматологами Европы и США как лучшее средство для лечения грибковых поражений ногтей - онихомикозов. Орунгал имеет основную долю продаж по сравнению с другими антимикотиками орального применения и излечил от грибковых инфекций 33 млн. человек.

Орунгал обладает фунгицидным действием, то есть, вмешиваясь в процесс образования оболочки грибковой клетки, убивает ее, не оставляя возможности к размножению. Большинство других системных антимикотиков

лишь задерживает развитие грибковых клеток, которые, после вывода лекарства из организма, могут снова оживать, что и приводит к частым рецидивам болезни после окончания приема препаратов, тогда как лечение Орунгалом ведет к полной санации, оздоровлению организма. Эта особенность препарата и обусловила его высокую эффективность при грибковых заболеваниях.

Второе преимущество Орунгала состоит в его сродстве с кератином и липидами, а это позволяет препарату аккумулироваться в матрице ногтей и в тканях, в которых содержатся грибки. Препарат очень быстро - всего за 7 дней - выводится из плазмы крови и надолго (до 9 - 12 месяцев) задерживается в ногтях. Все это время Орунгал продолжает оказывать лечебное воздействие на пораженные грибком ткани.

Орунгал имеет самый короткий курс лечения. Принимают препарат по принципу пульс-терапии, т. е. делая перерывы между лечебными курсами. Схема пульс-терапии очень удобна для боль-

ных, характеризуется очень высокой эффективностью и безопасностью, существенным снижением стоимости лечения. В течение первой недели пациент принимает по 2 капсулы утром и вечером после еды. Затем необходимо сделать трехнедельный перерыв, сразу после которого следует возобновить прием препарата также по 2 капсулы утром и вечером на протяжении 7 дней. Этого достаточно для того, чтобы излечиться от грибковых поражений ногтей рук. Если же онихомикоз затронул ногти стоп, то следует сделать трехнедельный перерыв, а затем принимать Орунгал еще одну неделю по той же схеме. Исследования показали, что Орунгал излечивает до 90% инфицированных грибковыми заболеваниями ногтей. Благодаря уменьшению необходимого для излечения количества препарата, он легко переносится больными и почти не дает побочных реакций.

**В Москве работает "горячая линия" по грибковым заболеваниям ногтей: 978 6784, 978 6653, ежедневно с 8.00 до 20.00.**

## ОРУНГАЛ

## Ф. ХОФФМАН-ЛЯ РОШ



**Лоцерил** (аморолфин) - противогрибковый препарат для местного применения. Его фунгицидное и фунгистатическое действие основано на повреждении клеточной мембраны грибов, в основном, за счет нарушения синтеза стерина. Содержание эргостерина уменьшается, в то же время происходит накопление аномальных не-

плоскостных стереоизомеров стерина.

Аморолфин высокоэффективен в отношении дрожжевых грибов, дерматофитов, плесневых грибов, грибов *Dematiaceae*, диморфных грибов. За исключением актиномицетов, бактерии не чувствительны к аморолфину.

**Фармакокинетика.** Из лака для ногтей аморолфин проникает в ногтевую пластинку и диффундирует через нее до ногтевого ложа, устраняя даже труднодоступные грибки. Системное всасывание столь незначительно, что им можно пренебречь, так как даже по-

## ЛОЦЕРИЛ (лак для ногтей)

сле годовичного применения концентрации препарата в плазме находятся ниже пределов определения.

Лоцерил показан для лечения онихомикозов, вызванных дерматофитами, дрожжевыми и плесневыми грибами.

**Способ применения.** Лак для ногтей наносят на пораженные ногти пальцев кистей и стоп **1 раз в неделю**. Лечение следует продолжать до тех пор, пока не вырастет новый ноготь.

**Противопоказания.** Повышенная чувствительность к препарату. Соблюдая некоторые предосторожности, его

можно применять во время беременности и лактации. Поскольку до настоящего времени клинические данные по применению у детей отсутствуют, препарат не следует назначать детям раннего возраста и новорожденным.

**Побочные действия.** Иногда после нанесения лака отмечалось легкое преходящее чувство жжения в области ногтей.

**Форма выпуска:** лак (5%) 2,5 и 5 мл.

Более подробную информацию о препарате и возможности его закупки можно получить в Представительстве фирмы. Тел.: 258 2777; факс: 258 2771.

## АКРИХИН



**Экалин** (эконазол нитрат) - комбинированный противогрибковый препарат с бактерицидным действием, производное имидазола с сильным противогрибковым и антибактериальным действием.

**Фармакологическое действие.** Наиболее активен в отношении грибов, являющихся возбудителями микозов кожи и слизистой оболочки, таких как: дерматофиты, кандиды и прочие дрожжи, актиномицеты,

питириспорум орбикуларе, питириспорум овале, коринебактериум минути-

симус. Экалин оказывает бактерицидное действие на грамположительные бактерии. Вызывает гибель грибов в течение 3 - 4 дней, способствует быстрому уменьшению жжения и зуда кожных покровов.

**Показания:** дерматомикозы любой локализации, вызванные грибами рода Кандида, разноцветного лишая и сапрофитами. Грибковые поражения слизистой оболочки влагалища. Применяют при грибо-

вых инфекциях, комбинированных с инфекцией грамположительными бактериями.

**Способы применения и дозы.** Крем наносят тонким слоем на пораженный участок и легко втирают. Курс лечения определяется врачом индивидуально.

Суппозитории вагинальные вводят по одному глубоко во влагалище перед сном в течение трех дней, при рецидивах курс повторяют в течение трех последующих дней или после 10-дневного перерыва.

**Побочные действия:** возможна слабая эритема кожи.

## ЭКАЛИН

При применении суппозиторииев может возникнуть зуд.

**Противопоказания:** Повышенная чувствительность к препарату.

**Форма выпуска:** крем 1% в тубах по 30 г, суппозитории вагинальные по 0,15 г № 3.

Препарат произведен фармацевтическим предприятием "Акрихин" в сотрудничестве с фирмой "ЯКА-80" (Македония).

Более подробную информацию о препарате и возможности его закупки можно получить по тел.: (095) 702 9391, 702 9387; факс: (095) 702 9338, 702 9503.

## РЕТИНОИДЫ ФНПП

**Радевит** - комплексный препарат, обладающий репаративным, противовоспалительным, смягчающим, увлажняющим и противозудным свойствами. Он нормализует процессы ороговения, усиливает защитную функцию кожи и препятствует ее преждевременному старению.

В состав мази "Радевит" входят витамины А, Е и D<sub>2</sub>. В 100 г мази содержится 1 г ретинола пальмитата, 0,005 эргокальциферола, 0,5 г токоферола. Специально подобранная концентрация и соотношение витаминов оптимальны

для лечения многих кожных заболеваний (ихтиоз, ихтиозиформные дерматозы, себорейный дерматит, трещины, эрозии, неинфицированные раны и язвы, ожоги, аллергодерматозы и т. д.), а также для профилактического ухода за кожей с повышенной чувствительностью к косметическим средствам.

Препарат противопоказан при воспалительных заболеваниях кожи, гипервитаминозах А, Е, D, а также во время беременности. При индивидуальной непереносимости того или иного ингредиента возможны по-

бочные реакции - зуд, гиперемия, которые быстро исчезают после отмены препарата.

Мазь "Радевит", не имеет аналогов в отечественной фармации. В ней отсутствуют ароматические добавки и красители, применяемые в косметологии, которые часто сопровождаются аллергизирующим действием.

Препарат прошел клинические испытания в ЦНИКВИ, на кафедрах дермато-венерологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, Астраханской медицинской академии им. А. В. Луначарс-

кого, Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко и в Нижегородском научно-исследовательском кожно-венерологическом институте. Большой опыт применения мази "Радевит" накоплен в Лечебно-диагностическом центре "Ретиноиды" (тел. 284 2187), где всегда готовы дать совет и консультацию по применению препарата.

Приобрести мазь "Радевит" можно в аптеках Москвы и Российской Федерации. Телефоны для оптовых закупок: 306 9700; тел./факс: 176 7217.

## РАДЕВИТ

## ПРИМЕНЕНИЕ РОВАМИЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН

А. М. Савичева, Н. Н. Захаревич, Центр по урогенитальным хламидиозам и сопутствующим заболеваниям Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН

Последствия генитального хламидиоза в виде хронических воспалительных заболеваний придатков матки, трубного бесплодия, эктопической беременности отражаются на репродуктивной функции женщин. Латентно протекающие эндометриты могут стать причиной развития децидуитов, хориоамнионитов, плацентитов, что способствует неблагоприятным исходам беременности (неразвивающаяся беременность, самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды), а также внутриутробному инфицированию плода. У новорожденных детей от матерей с хламидиозом гениталий возникают конъюнктивиты, назофарингиты, пневмонии.

При лечении хламидийных инфекций важно выбрать высокоэффективные антибактериальные препараты с избирательным действием, которые можно применять как у небеременных, так и у беременных женщин, а также у новорожденных детей. До сих пор практически единственным таким антибиотиком был эритромицин. Появление на отечественном рынке **Ровамицина** (спирамицина), выпускаемого фирмой "Рон-Пуленк Роер", позволило расширить терапевтические возможности при лечении хламидиоза.

Нами проведено исследование эффективности ровамицина при лечении 25 небеременных женщин с урогенитальным хламидиозом в возрасте 16 - 39 лет. Исследование проводилось до назначения препаратов, сразу после лечения и через 2 недели после окончания терапии. При этом обращали внимание на жалобы больных на зуд, жжение в области уретры и наружных гениталий, дизурические расстройства, выделения из половых путей и др. При клиническом исследовании отмечали гиперемию слизистой оболочки влагалища, наличие и характер выделений, истинные или ложные эрозии шейки матки, проявления эктоцервицита и хронические воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе.

Микробиологические исследования включали микроскопию мазков из влагалища, уретры, цервикального канала для оценки картины микробиоценоза ге-

ниталий, бактериологическое исследование отделяемого влагалища и цервикального канала с выделением аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, а также генитальных микоплазм (микоплазмы и уреоплазмы). Хламидии выявляли в содержимом цервикального канала методом прямой иммунолюминесценции (ПИФ) с использованием моноклональных антител и выделяли в культуре клеток L-929. Контроль излеченности осуществляли методом культуральной диагностики, иммунолюминесцентного и иммуноферментного анализа, а также молекулярно-биологическими методами (ПЦР).

Лечение проводили по следующей схеме: таблетки ровамицина назначали внутрь по 3 млн. ед. 3 раза в день в течение 10 дней. Если при контрольном исследовании после одного курса лечения не отмечалось элиминации хламидий, проводили второй курс аналогичной терапии.

Жалобы на выделения из половых путей, зуд или жжение в области наружных гениталий до лечения предъявляли 43% больных. У 6 больных (23%) отмечались дизурические расстройства, у 6 - частые мочеиспускания. У одной больной были клинические проявления кольпита, у одной имела место псевдоэрозия шейки матки. У 10 женщин (43%) имелись проявления хронического аднексита, 4 (17%) женщины страдали первичным (3) или вторичным (1) бесплодием. У одной женщины в анамнезе был пиелонефрит, у одной - мочекаменная болезнь.

При микробиологическом исследовании до лечения физиологическая (I, I - II, II) картина микробиоценоза гениталий установлена у 67% женщин, у 25% имела место II - III картина, у одной была отмечена III картина микробиоценоза, характерная для неспецифического кольпита. Ни в одном случае не были выявлены IV, V, VI картины микробиоценоза.

Генитальные микоплазмы (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) выделены у 4 женщин (17%), дрожжеподобные грибы рода *Candida* - у одной (4,3%). Кишечная микрофлора (*E.coli*, *Streptococcus faecalis*) выделены у 2 женщин (8,7%). У остальных 70% женщин отмечался рост нормальной вагинальной микрофлоры.

После лечения у всех больных исчезли жалобы на дизурические расстройства. Одна больная жаловалась на частое мочеиспускание. У 3 женщин (13%) сохранялись жалобы на скудные выделения из половых путей, у двух (8,7%) - на зуд и жжение в области наружных гениталий. Однако степень выраженности этих проявлений была незначительной.

Элиминация хламидий после одного курса терапии ровамицином произошла у 22 женщин, что составило 88%. Повторный курс лечения проведен трем женщинам. Он оказался эффективным у двух человек. У одной больной (16 лет) заболевание началось с острого сальпингоофорита и пельвиоперитонита. В этом случае потребовалось комплексное и длительное лечение.

В результате изучения влияния ровамицина на микробиоценоз гениталий выявлено, что после лечения лишь у одной больной были обнаружены дрожжеподобные грибы рода *Candida*, что потребовало антимикотической терапии. Физиологическая картина микробиоценоза после лечения была у 57% женщин, у 36% больных отмечалась II - III картина, у одной (7%) - III картина. При бактериологическом исследовании ни у одной женщины не были выделены генитальные микоплазмы, что характеризует ровамицин как хороший препарат для лечения микоплазменных инфекций. У 4 больных (17%) был отмечен умеренный рост *E.coli*, у одной (4,3%) - *Streptococcus zymogenes*. У остальных 78,7% отмечался рост нормальной микрофлоры.

Таким образом, ровамицин был высокоэффективен при лечении урогенитального хламидиоза у женщин (при одном курсе лечения его эффективность составила 88%, при двух курсах - 96%).

Следует отметить хорошую переносимость ровамицина при внутреннем применении. Около 70% больных не отмечали никаких расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта или каких-либо аллергических реакций. У 8 женщин отмечалась тошнота, легкие диспептические расстройства. У одной больной проявилась мелкая петехиальная сыпь на туловище, которая прошла самостоятельно через три дня после окончания лечения.

## АПУЛЕИН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ И АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

*А. А. Кубанова, зам. директора по научной работе ЦНИКВИ, член-корреспондент РАМН, профессор; В. А. Самсонов, зав. отделом дерматологии, профессор; И. Г. Фомкина, научный сотрудник отделения клинической дерматологии*

Псориаз, экзема, атопический дерматит приобретают особую значимость в связи с увеличением их частоты и учащением тяжелых и торпидных форм этих заболеваний. В терапии указанных дерматозов значительное место принадлежит наружным лекарственным средствам, в состав которых входят кортикостероидные гормоны.

Появились галогенизированные местно активные стероиды, фторированные и дважды фторированные. Однако длительное наружное применение кортикостероидов дает нежелательный отрицательный эффект в виде атрофии кожи, гипертрихоза, телеангиоэктазий и др. Попытка решения проблемы безопасности сильных фторированных стероидов привела к синтезу апулеина, обладающего высокой активностью и характеризующегося безопасностью применения.

Апулеин - будезонит, уникальный стероид преднизолонового ряда, не содержащий галогенов, по эффективности эквивалентен галогенизированным стероидам.

**Апулеин** производится АО Химическим заводом Гедеон Рихтер (Венгрия) и выпускается в виде 0,025% мази (на вазелиновой основе) и крема.

Апулеин в виде крема и мази был применен нами в лечении 60 больных в возрасте от 17 до 72 лет, в том числе у 26 - псориазом, у 18 - экземой, у 16 - атопическим дерматитом.

Из 26 человек, страдающих псориазом, 14 мужчин и 12 женщин в возрасте от 21 до 69 лет. У 20 пациентов имелись множественные и у 6 - единичные умеренно инфильтрированные розовые бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками, располагающимися на коже головы, туловища, конечностей. Ранее 20 больных получали десенсибилизирующую терапию, ангиопротекторы, липотропные средства, витамины, наружно 2% салициловую мазь, кортикостероидные мази. Отмечался временный эффект.

Атопический дерматит в стадии обострения определялся у 16 пациентов, из них 7 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 18 до 40 лет. У всех пациентов на коже лица, шеи, сгибательных поверхностях

имелись эритематозно-сквамозные розовые папулезные высыпания, участки лихенификации, инфильтрации, множественные расчесы, корочки, небольшое шелушение. Больных беспокоил зуд от незначительного до выраженного. 10 из 16 человек до исследования получали десенсибилизирующую терапию, кортикостероидные мази с временным эффектом, 6 других больных ранее не лечились.

Экзема наблюдалась у 18 больных. Из них мужчин - 12, женщин - 6, в возрасте от 31 до 72 лет. Клиническая картина характеризовалась наличием эритемы, отечности, микровезикуляций, трещин.

Процесс большей частью локализовался на кистях, голенях, предплечьях и носил симметричный характер. 14 больных ранее получали антигистаминные препараты, наружные кортикостероидные средства.

Всем больным препарат Апулеин в виде крема или мази назначался 2 раза в день, в количестве, достаточном для полного покрытия пораженных участков, слегка втирался. Лечение проводилось от 1 до 4 недели.

Больные псориазом получали Апулеин в виде мази, атопическим дерматитом - в виде крема и экземой - в виде крема и мази (5 и 7 человек соответственно).

В качестве сопутствующей терапии больные экземой получали десенсибилизирующие и антигистаминные средства. Больным распространенным псориазом и атопическим дерматитом помимо этого назначались липотропные средства, витамины, ультрафиолетовое облучение.

В результате лечения 60 больных препаратом Апулеин клиническое выздоровление наблюдалось у 18 больных, значительное улучшение - у 18, улучшение - у 16. Апулеин оказался неэффективным у 8 больных (у 7 с распространенным псориазом и у одного - с экземой, применявших препарат в виде мази).

Переносимость Апулеина всеми больными была хорошей. Аллергических реакций не констатировано. Из 60 больных, лечившихся Апулеином, 28 пациентов наблюдались нами в сроки от двух до четырех месяцев. При этом ни у одного из этих больных не было зарегист-

рировано ни одного из побочных эффектов, констатируемых при длительном применении галогенизированных препаратов. Следует отметить, что таких неблагоприятных побочных эффектов как раздражение кожи, появление фолликулитов, гипергипопигментаций, угревой сыпи, телеангиоэктазий, гипертрихоза, снижение эластичности кожи, характерных для галогенизированных наружных кортикостероидных средств, не было выявлено ни у одного пациента.

Апулеин в виде мази и крема хорошо наносится на кожу и быстро впитывается. При оценке эффективности препарата хочется отметить, что препарат дал особо хорошие результаты при лечении экземы и атопического дерматита. Эффективность от применения мази у больных экземой была несколько ниже, чем от применения крема.

Весьма успешно Апулеин может быть применен и при псориазе, хотя эффективность лечения несколько ниже. Значительное улучшение наступило у 10, улучшение - у 9, без эффекта - у 7 больных. Из 26 больных псориазом клиническое выздоровление не констатировано ни у одного.

Таким образом, наружная терапия Апулеином в виде 0,025% мази и крема оказалась успешной у 52 из 60 больных, страдающих распространенным псориазом, атопическим дерматитом и экземой. Эффективность составила 86%. Наибольший эффект от лечения наблюдался у пациентов с экземой и атопическим дерматитом, в меньшей степени - при псориазе.

Апулеин хорошо переносится больными, не вызывает аллергических реакций и побочных эффектов, которые характерны для фторированных кортикостероидных наружных средств.

Апулеин-крем оказался более эффективным при экземе и атопическом дерматите, Апулеин-мазь - при псориазе.

Считаем обоснованным применение Апулеина для наружного лечения экземы, атопического дерматита и псориаза в качестве препарата, обладающего выраженными потивоздушными, противоаллергическими, противовоспалительными свойствами.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РУЛИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Проф. И. Я. Шахтмейстер, Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова

В настоящее время инфекции, передаваемые половым путем (сифилис, гонорея, хламидиоз, гарднерелез и др.) занимают ведущее место в структуре инфекционной патологии и имеют тенденцию к значительному росту.

Весьма большая распространенность этих инфекций (до 30%) у лиц молодого возраста.

Широкий спектр поражения, частые осложнения нередко обуславливают бесплодие как у женщин, так и у мужчин, а также неонатальную заболеваемость.

Особенно это касается весьма распространенного в настоящее время заболевания - урогенитального хламидиоза. Известно, что у 40% женщин хламидиоз может протекать без видимых проявлений и субъективных ощущений, несмотря на то, что эта инфекция характеризуется многоочаговостью поражения. Помимо уретры и цервикального канала в воспалительный процесс могут вовлекаться яичники, эпителий маточных труб, эндометрий. Во время родов хламидийная инфекция может быть передана новорожденным, у которых в 20 - 30% случаев развивается конъюнктивит, в 10% - пневмония, иногда поражаются суставы. Особенно опасна возможность бесплодия. Таким образом, проблема лечения урогенитального хламидиоза является весьма актуальной, и, вместе с тем, она представляет довольно трудную задачу. Объясняется это тяжелыми деструктивными изменениями внутренних половых органов, которые развиваются на фоне нарушения иммунитета, устойчивостью возбудителей к антибактериальным препаратам, широко применяемым в повседневной практике, а также наличием у большинства пациентов полиинфекции (гонореи, хламидиоза, трихомоноза, гарднереллеза и др.).

Вот почему наряду с изучением эпидемиологии, патогенеза и клинических особенностей заболеваний, передающихся половым путем, необходима разработка новых лекарственных средств и методов лечения.

За последние годы получены новые макролидные антибиотики с улучшенными химическими, биологическими и фармакокинетическими свойствами. К

ним относится **Рулид** (рокситромицин) - полусинтетический антибиотик фирмы "Хехст-Мэрион-Руссель", предназначенный для лечения ряда заболеваний, передающихся половым путем.

Надо сказать, что макролидные антибиотики, среди которых наиболее известен эритромицин, более 30 лет используют для лечения различных инфекций, в том числе болезней, передающихся половым путем. Однако у эритромицина имеется ряд существенных недостатков. Прежде всего это низкая стабильность в кислой среде, склонность к быстрой селекции побочных желудочно-кишечных эффектов.

Спектр активности Рулида аналогичен эритромицину. Препарат выпускают в таблетках по 150 мг для приема внутрь. Рулид быстро всасывается после приема, и концентрация его в крови достигает максимума через 1,5 - 2 часа. При применении Рулида по 150 мг 2 раза в день или 300 мг 1 раз в день постоянная (стабильная) концентрация в крови достигается через 4 дня и в дальнейшем не меняется в течение всего периода приема препарата. Надо иметь в виду, что прием пищи задерживает всасывание рокситромицина, но не влияет на его биодоступность.

В организме рокситромицин в значительной степени (более 90%) связывается сывороточными белками, преимущественно  $\alpha_1$ -кислым гликопротеином.

Наряду с хорошим распределением в ткани рокситромицин проникает в клетки организма, где концентрация антибиотика достаточна для подавления роста паразитирующих внутри клеток микроорганизмов. Выводится антибиотик достаточно медленно, преимущественно с калом (53%), 13% - через легкие и 7% с мочой. Период полувыведения составляет 10 - 15 часов.

В настоящее время Рулид применяют достаточно широко терапевты и инфекционисты для лечения инфекций верхних (отит, синусит, тонзиллит и др.) и нижних (бронхит, пневмония) дыхательных путей.

Наиболее эффективным рокситромицин оказался у больных атипичными пневмониями, вызванными микоплазмой, трихомонозом и хламидиями. При этом отмечали, что эффектив-

ность препарата одинакова как у молодых, так и пожилых людей. Переносимость рокситромицина весьма хорошая, лишь в 6,9% случаев наблюдалась тошнота и рвота.

Нами накоплен опыт по применению Рулида для лечения больных гонореей, хламидиозом, трихомонозом. Под нашим наблюдением находилось 72 больных: 21 мужчина и 51 женщина в возрасте от 19 до 52 лет. У всех пациентов был хламидиоз, причем у 17 в сочетании с гонореей, у 7 - с трихомонозом и у 11 - с микоплазмозом. Во всех случаях диагноза были подтверждены бактериоскопически, бактериологически и иммуноферментным методом.

После подтверждения диагноза проводили комплексное лечение, в зависимости от характера процесса. Рулид назначали по 150 мг 2 раза в день перед едой в течение 2-х недель. Накопленный опыт показал, что при наличии гонореи следует назначать 1 инъекцию Модивиды (1,0 в/мышечно), а затем внутрь Рулид. Больным, у которых одновременно с хламидиозом обнаруживали трихомоноз, лечение начинали с тинидазола (2,0) с последующим приемом Рулида. Кроме того, больным назначали по показаниям физиопроцедуры (полупроводниковый лазер), иммунокорректирующие средства. Все больные лечение переносили хорошо.

После окончания курса лечения у всех пациентов наступило клиническое излечение; ни в одном случае лабораторно возбудители инфекции обнаружены не были.

Мы не имеем собственного опыта применения рокситромицина у детей, но данные литературы свидетельствуют о дозозависимости его применения детям из расчета от 2,5 до 5 мг/кг веса тела 2 раза в день; длительность применения не должна превышать 10 дней.

Таким образом, высокая активность Рулида в отношении большинства возбудителей инфекции мочеполовой сферы, хорошие фармакокинетические свойства Рулида, клиническая эффективность, хорошая переносимость, удобство применения позволяют высоко оценить этот препарат и рекомендовать его для применения.

## ФЕНИСТИЛ В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИИ

А. В. Караулов, Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова

Стратегия лечения аллергических заболеваний заключается в блокаде гистаминовых рецепторов и стабилизации тучных клеток, что предотвращает освобождение гистамина и других медиаторов. Сегодня клиницист имеет в своем распоряжении широкий спектр новых антигистаминных препаратов, переносимость и эффективность которых еще предстоит подтвердить исследованиями у различных групп пациентов. Большинство новых антигистаминных препаратов не проникают через гематоэнцефалический барьер в какой-либо значимой степени и действуют преимущественно на периферическом уровне. Эти свойства могут быть желательными при лечении кожных или периферических аллергических реакций, однако подобные препараты менее эффективны в лечении состояний, имеющих центральный компонент. Поэтому новые антигистаминные препараты терфенадин и астемизол оказались неэффективными в лечении зуда при атопической экземе в отличие от классических антигистаминных препаратов и Фенистила (диметинден), одинаково эффективных при зуде.

Помимо фармакокинетических свойств действие лекарств определяется их взаимодействием с рецепторами, расположенными обычно на мембране и обладающими связывающей активностью к лигандам. Взаимодействие между рецепторами и этими лигандами (или структурами, способными маскироваться под лиганды) и определяет значимость биологических эффектов. Фенистил, в отличие от других антигистаминных средств, характеризуется выраженной избирательной аффинностью только к H<sub>1</sub>-гистаминовым рецепторам. Астемизол, терфенадин, лоратадин демонстрируют аффинность к другим рецепторам, с чем связаны нежелательные эффекты этих препаратов. Фенистил имеет минимальную аффинность

к  $\alpha$ -адренергическим рецепторам, поэтому возраст и состояние сердечно-сосудистой системы не ограничивают его применение. При взаимодействии с мембраной тучных клеток антигистаминные препараты могут либо ингибировать высвобождение гистамина, вызванное антигеном, или, напротив, стимулировать этот процесс. Взаимоотношение между концентрацией, требуемой для угнетения высвобождения гистамина и его стимуляции, не одинаково для различных антигистаминных препаратов. Для астемизола концентрация, требуемая для высвобождения гистамина, в 2,5 раза выше концентрации, необходимой для ингибции его выброса. Фенистил стимулирует высвобождение гистамина только в концентрации в 71 раз превышающей концентрацию, необходимую для угнетения высвобождения гистамина. Фенистил оказывает незначительное седативное действие. При обследовании 6000 пациентов, получавших Фенистил, вялость отмечена лишь в 7,8% случаев. В то же время частота симптомов угнетения ЦНС при использовании других антигистаминных препаратов достигает 13%.

На XVII Международном конгрессе дерматологии доктор Drouin сообщил, что действие астемизола начинается слишком медленно и продолжается очень долго. Фенистил характеризуется более благоприятными особенностями фармакокинетики. Абсолютная биодоступность его при приеме внутрь превышает 74%. Период полувыведения составляет 5 - 6 часов. В неизменном виде почками выводится 2 - 8% дозы препарата (в зависимости от pH). Даже при приеме Фенистила внутрь симптомы уменьшаются очень быстро - обычно через 45 минут, что значительно быстрее в сравнении с астемизолом. В сравнительном исследовании анафилактические реакции были купированы уже через 15 минут после введения Фени-

стила и только через 1 час после введения клемастила.

Эффективность тотальной гистаминовой блокады для предупреждения тяжелых осложнений, которые могут наблюдаться при анафилактических и анафилактоидных состояниях, показана в целом ряде исследований, которые проводились с использованием комбинации Фенистила и блокаторов H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов (циметидин и ранитидин). Эту комбинацию используют у пациентов с высокой степенью риска развития аллергических реакций. По данным D. Lorenz и A. Doenicke, применение Фенистила в комбинации с H<sub>2</sub>-блокаторами может предотвратить подобные реакции. Эти новые показания для использования Фенистила особенно важны, учитывая возможный негативный эффект кортикостероидов при реакциях высвобождения гистамина.

Фенистил не только быстро действует при периферических проявлениях аллергических состояний, но эффективен также при реакциях центрального генеза. Как известно, атопическая экзема, наиболее часто встречающееся заболевание кожи (около 3% всех учащихся детей), во многих случаях связана с аллергическим ринитом или бронхиальной астмой. Это предполагает наличие центрального компонента патогенеза атопической экземы, симптомы которой облегчаются применением Фенистила. Прекрасная переносимость Фенистила в педиатрии была убедительно доказана при его пероральном применении у детей с острыми и неосложненными атаками рецидивирующего крупа с аллергическим компонентом. Кумуляции препарата не отмечено ни у детей старше 1 года, ни у пожилых больных старше 60 лет. Доступность Фенистила в различных лекарственных формах позволяет индивидуализировать лечение и значительно расширяет область его применения.

**Фенистил** (диметинден малеат) - капли, таблетки. *Показания к применению* - зуд различного происхождения (эндогенный зуд, экзема, аллергические и неаллергические зудящие дерматозы, укусы насекомых, заболевания с сыпями, такие как ветряная оспа); крапивница; аллергический ринит, сенная лихорадка, хронический ринит; лечение симптомов лекарственной и пищевой аллергии; профилактика аллергических реакций во время десенсибилизационной терапии.

*Дозировка.* Капли Фенистил: дети в возрасте до 1 года - 10 - 30 в день (приблизительно 3 капли на 1 кг массы тела), 1 - 3 года - 30 - 45 в день, старше 3 лет - 45 - 60 в день, взрослые - 60 - 120 в день. Таблетки пролонгированного действия (Фенистил-ретард) у взрослых по 1 таблетке два раза в день. У детей не применяют. Таблетки Фенистил-ретард следует глотать, не разжевывая, и не дробить на части. Капли особенно показаны детям.

**Фенистил-гель** применяют при дерматозе, крапивнице, укусах насекомых, солнечных ожогах и легких ожогах.

*Противопоказания.* Гиперчувствительность к любому компоненту. Новорожденные до 1 месяца, особенно недоношенные.

*Меры предосторожности.* Препарат следует назначать с осторожностью больным с глаукомой, обструкцией шейки мочевого пузыря, хроническими обструктивными заболеваниями легких, при беременности и лактации, а также детям до 1 года. Препарат взаимодействует со средствами, угнетающими ЦНС, ингибиторами MAO, трициклическими антидепрессантами, антихолинергическими веществами.

*Побочные эффекты.* В отдельных случаях наблюдались аллергические реакции. Легкие сонливость и вялость.

*Форма выпуска.* Капли Фенистил (1 мг/мл 20 капель) флакон 20 мл. Таблетки Фенистил-ретард (2,5 мг); упаковка по 20 шт. Фенистил-гель упаковка по 30г.

Более подробную информацию о препарате можно узнать по адресу: 103104, Москва, Б. Палашевский пер., 15, тел.: 973 2110; факс 973 2331.



## ЛЮБВИ ГЛАШАТАЙ ВЕКОВОЙ

**Д**митрий Веневитинов... Имя этого поэта звучит легендой для любителей русской поэзии. Прожив на свете всего 22 года, он оставил о себе такую память, что количество стихов, ему посвященных, едва ли не превышает его собственное поэтическое наследие. Блестяще образованный, талантливый не только в поэзии, но и в живописи, музыке, философии, обладающий тонким критическим умом, он по праву встал во главе литературного течения, получившего название *любомудров*.

Веневитинова называли самым красивым поэтом пушкинской эпохи: “словно изваяние из мрамора” с “громкими” голубыми глазами и ресницами, “какие едва нашлись бы еще в мире”. Но со здоровьем ему, увы, не повезло: чахотка. Серьезно подорвал силы непродолжительный арест по делу декабристов. А еще была любовь, страстная, безнадежная... Зинаиде Волконской, сестре декабриста, посвящены его лучшие стихи. Блистательная дама подарила поэту в знак дружбы перстень, найденный на раскопках Геркуланума, города, погибшего во время извержения Везувия. Это кольцо Веневитинов носил не на руке, а на часовой цепочке, решив надеть его в первый раз на руку или перед женитьбой, или перед смертью.

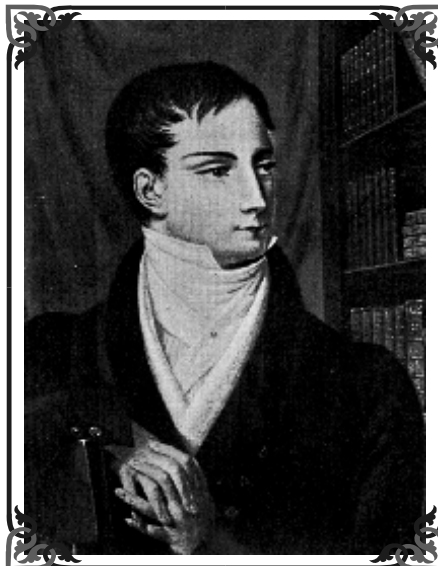
Однажды, на балу у Ланских, он вышел разгоряченный на улицу, простудился и через три дня его не стало. Это случилось ровно 170 лет назад.

...Он умирал окруженный друзьями. Когда врач предупредил присутствующих о близости смерти, один из близких надел на руку поэта кольцо. Придя на минуту в сознание и почувствовав, что на пальце перстень, Веневитинов спросил: “Разве я женюсь?” Услышав, что нет, он заплакал.

Стихотворение “К моему перстню” оказалось пророческим. В тридцатых годах нашего столетия Симонов монастырь, где был похоронен поэт, наметили к сносу. Прах поэта решили перезахоронить на Новодевичьем кладбище. При вскрытии могилы Дмитрия Владимировича был найден перстень. Сейчас он хранится в Государственном литературном музее.

### К моему перстню

Ты был отрыт в могиле пыльной,  
Любви глашатай вековой,  
И снова пыли ты могильной  
Завещан будешь, перстень мой.  
Но не любовь теперь тобой  
Благословила пламень вечный  
И пред тобой, в тоске сердечной,  
Святой обет произнесла;  
Нет! дружба в горький час прощанья  
Любви рыдающей дала  
Тебя залогом состраданья.  
О, будь мой верный талисман!  
Храни меня от тяжких ран  
И света и толпы ничтожной,  
От обольстительной мечты  
И от душевной пустоты.  
В часы холодного сомненья  
Надеждой сердце оживи,  
И если в скорбях заточенья,  
Вдали от ангела любви,  
Оно замыслит преступленье,..  
Ты дивной силой укроти  
Порывы страсти безнадежной  
И от груди моей мятежной  
Свинец безумства отврати.  
Когда же я в час смерти буду  
Прощаться с тем, что здесь люблю:  
Тогда я друга умолю,  
Чтоб он с моей руки холодной  
Тебя, мой перстень, не снимал,  
Чтоб нас и гроб не разлучал.  
И просьба будет не бесплодна:  
Он подтвердит обет мне свой  
Словами клятвы роковой.



Века промчатся, и быть может,  
Что кто-нибудь мой прах встревожит  
И в нем тебя отроет вновь;  
И снова робкая любовь  
Тебе прошепчет суеверно  
Слова мучительных страстей,  
И вновь ты другом будешь ей,  
Как был и мне, мой перстень верный.

### Жизнь

Сначала жизнь пленяет нас:  
В ней все тепло, все сердце греет,  
И, как заманчивый рассказ,  
Наш ум причудливый лелеет.

Кой-что страшит издавека, -  
Но в этом страхе наслажденье:  
Он веселит воображенье,  
Как о волшебном приключеньи  
Ночная повесть старика.  
Но кончится обман игривый!  
Мы привыкаем к чудесам,  
Потом - на все глядим лениво,  
Потом - и жизнь постыла нам.  
Ее загадка и завязка  
Уже длинна, стара, скучна,  
Как пересказанная сказка  
Усталому пред часом сна.

### Импровизация

Недаром шампанское пеной играет,  
Недаром кипит чрез края:  
Оно наслажденье нам в душу вливает  
И сердце нам греет, друзья!

Оно мне внушило предчувствие святое!  
Так! счастье нам всем суждено:  
Мне пеною выкипеть в праведном бое,  
А вам - для свободы созреть, как вино!

### Последние стихи

Люби питомца вдохновенья  
И гордый ум пред ним склоняй;  
Но в чистой жажде наслажденья  
Не каждой арфе слух вверяй.  
Не много истинных пророков  
С печатью власти на челе,  
С дарами выпренных уроков,  
С глаголом неба на земле.

## Людия Либединская

### ДОКТОР

# ГУРСКИЙ

**Лидии Борисовне Либединской, известному литератору, поэту, историку за три четверти века пришлось испытать многое. Судьба ей подарила незабываемые встречи с А. Ахматовой, М. Цветаевой, М. Светловым, К. Чуковским. Свой брак с писателем Ю. Н. Либединским она назовет “романом, длиною в 20 лет”, а в 38 лет останется вдовой с пятью детьми. Сейчас у нее 14 внуков и 6 правнуков. Игорь Губерман, стихи (Гарики) которого мы печатаем на стр. 20 - зять Лидии Борисовны.**

Моя бабушка была дочерью управляющего царскими именьями Вальцева, а дед носил фамилию Толстого. Его дед и дед Льва Николаевича Толстого, Василий Андреевич и Илья Андреевич, были родными братьями. Мой отец окончил Бакинский университет, работал экономистом в Госплане, принимал участие в первой пятилетке. В 1937 году он был арестован и погиб в лагере - умер в 1942 году от туберкулеза костей и легких. С мамой отец познакомился в Баку, куда она с бабушкой приехала из Петербурга после революции. Мама была красивая и эмансипированная, она хорошо рисовала, писала стихи, знала лично Александра Блока, Тициана Табидзе, Алексея Крученых, Сергея Городецкого и других известных художников и литераторов. Она не хотела иметь детей, и я, может быть, не появилась бы на свет, но в то время в Баку врачу, сделавшему аборт, грозила смертная казнь.

Мама хотела назвать меня Саломеей или Дездемоной, но Вячеслав Иванов был непреклонен - он согласился стать моим крестным отцом только в том случае, если девочку назовут его любимым именем - Лидией. Так звали и жену, и дочь писателя. По обычаю полагалось, чтобы

крестный бросил в купель горсть золотых монет. Но, поскольку их тогда ни у кого уже не было, Иванов бросил чудом сохранившуюся горсть мелких иностранных монеток (до революции он много путешествовал и бывал в разных странах) и сказал, что вместе с ними бросает в купель дух путешествий - девочка будет много ездить. Вот так и езжу до сих пор по свету.

В 1924 году наша семья переехала в Москву. Я очень хорошо помню свой приезд - мне было тогда три года. 14 августа, в медовый Спас, столица гудела от колокольного звона. Церковный звон был еще не запрещен. Это в конце 20-х годов какие-то ученые выступили с заявлением, что церковный звон мешает им заниматься научной работой. Отец говорил: “Почему-то Тимирязеву и Менделееву это не мешало. Почему им мешает, я не понимаю”.

Почти 20 лет я прожила в Воронковском переулке. Неподалеку находились Военно-медицинские курсы, где работал доктор Гурский. Михаил Степанович пришел к нам в 1926 году и до самой своей смерти всех нас лечил. Это был поразительный врач - много видевший, знающий, прекрасный собеседник, очаровательный человек - интеллигентный, мягкий. Хотя тогда уже были разные поликлиники, мы обращались только к нему. С ним не надо было думать, к какому врачу идти... Он лечил детей, маму, бабушку, роды принимал, короче - делал все. Когда я выросла, этот доктор выхаживал моих детей, потом и внуков. Ходил он с чемоданчиком, в котором было все необходимое - даже щепочки лежали, чтобы можно было руку, в случае перелома, положить в лубок, и щипцы, чтобы можно было зуб вырвать. Мы его просто обожали! Когда Михаил Степанович умер, мама сказала, что мы потеряли одного из самых лучших наших друзей.

Да, мы ему платили, но это никогда не было главным в его отношении с больными. Никогда! Причем, если он знал, что в семье трудно с деньгами, не брал ни копейки. Но и те, кто ему платил, платили немного.

Жили мы в коммуналке, в одной комнате. Он приходил, снимал пальто, калоши, покашливал. У него была



маленькая бородка, он носил не очки - пенсне. Чеховский такой тип. Когда я заболела, он всегда говорил родителям: “Ну-с, лекарства я выпил, а теперь пойдите и купите ребенку какую-нибудь игрушку. Детям, если они болеют, нужно доставлять радость - это главное лекарство”. Он не торопился и, естественно, всегда мыл руки. Поскольку ванна у нас была коммунальная, то бабушка поливала ему на руки из кувшина над тазом. Для него специально готовили полотенце.

После визита доктора у заболевшего резко улучшалось самочувствие, хотя лечение было довольно простое. Я почему-то помню, что самым главным лекарством было прованское масло. У меня часто болело горло, и в таких случаях приготавливался, так называемый, “сиропчик”: столовая ложка прованского масла и два куска сахара. Все это разогревалось над горящей свечкой. Гадость была неопишуемая! Но меня заставляли все это выпить. К утру горло не болело. Если была высокая температура, то меня растирали с ног до головы уксусом, солью или одеколоном, а на живот клали влажный компресс. Была такая желтая клеенка, прозрачная, специально для компрессов. И к утру, действительно, температура спадала. Если

было что-то желудочное, опять давали прованское масло, и оно действовало как слабительное. С Михаилом Степановичем все это согласовывалось, он одобрял и прописывал дополнительно еще какие-то средства. Напротив его дома - на Тверской угол Старо-Пименовского переулка - была аптека, иногда он сам приносил оттуда лекарства.

Наш доктор очень внимательно следил за достижениями медицины. Вот у меня последние роды были очень трудные, начиналась блуждающая эмболия. А тогда только-только появились антибиотики, сначала пенициллин, а потом синтомицин. И он мне этот синтомицин прописал. Лекарство, помню, тогда было дорогое - 6 порошков стоили 90 рублей - это были очень большие деньги. Но, следя за современной медициной, он очень удачно комбинировал новинки со старыми средствами.

Доверие к нему было полное и, надо сказать, он редко ошибался. Один раз только была смешная история: у меня подозревали дифтерию, он пришел, взял мазок и отправил отца сдать анализ в лабораторию. На Благовещенском была такая лаборатория, называлась она "Иммунитет". Отец шел по дороге и случайно то ли уронил, то ли разбил пробирку, да так ее и сдал. Конечно, ничего не выросло, диагноз не подтвердился, а Михаил Степанович очень удивлялся: "Как же так - все же признаки налицо!"

**Лидия Борисовна, расскажите о своих книгах.**

- У меня вышли три книги о Герцене - "Воробьевы горы", "Герцен в Москве" (до отъезда его в эмиграцию) и "С того берега" - последняя книга больше об Огареве, но и Герцене тоже. Потом я написала книгу о Блоке "Жизнь и стихи", книгу о том, как Толстой работал над "Войной и миром" - "Живые герои" она называется. У меня вышло двенадцать книг - довольно много. Очень увлекательное занятие - влезать в эти судьбы, работать в архивах с источниками. Это такое наслаждение, что удивляешься, что тебе за это еще и деньги платят. Сейчас я занимаюсь Сперанским, хочу написать книгу о нем - о реформаторе, чья судьба, как и судьбы всех реформаторов в Рос-

сии, была достаточно трагичной.

**Лидия Борисовна! Как вы воспринимаете наше время?**

- Недавно Сергей Юрский прочитал совершенно дивный рассказ. Как он встречает знакомого, а тот спрашивает: как дела? - Ничего себе.

- А здоровье? - Плоховато.

- А зарплата? - Маленькая

- А настроение? - А настроение - хорошее.

- А дети? - Да кто как, по-разному.

- А как тебе наше правительство? - Дурное правительство, не нравится оно мне.

- А настроение? - А настроение - хорошее.

Долгий, долгий такой разговор с рефреном о том, что настроение - все равно хорошее. Вот я тоже могу сказать, что все вижу и понимаю, но настроение хорошее. Другое дело, что иногда все перехлестывает и превращается черт знает во что. Я, например, считаю, что недопустимо не платить людям зарплату, не выдавать пенсии. Нет, я не сочувствую тем, кто стоит у метро с протянутой рукой: после революции многие, пусть это были представители другого класса, тоже потеряли все, но вели себя как-то достойнее. Впрочем, достоинство, чувство чести - это первое, что у нас старались вытравить. Совесть и чувство чести - разные вещи. Человек с совестью и без нее часто поступают одинаково. Вся разница только в том, что человек с совестью мучается потом, а бессовестный - нет.

**Интерес к XIX-му веку, погруженность в него, помогают пережить век XX-й?**

- Конечно! Это броня. Я бы десять лет жизни отдала, чтобы пожить в 40-е годы прошлого века в Москве, когда были лекции Грановского, Герцен с Огаревым, вся эта культурная жизнь. Поражительное время! Конечно, там были свои трудности. Мне тут привезли, зная мою страсть к XIX веку, керосиновую лампу. С трудом достали керосин, зажгли. Такая вонючка началась в квартире! Мы забыли этот запах! Так что, думаю, идеализировать ничего не стоит.

**Беседовал М. Кукулевич**

**Франклин Циммерманн**

## **“КЛИНИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ”**

Эта книга задумана с целью научить врачей полезным для клинической практики и, вместе с тем, академическим приемам интерпретации электрокардиограмм. Она пригодится кардиологам, терапевтам, семейным врачам, анестезиологам, студентам-медикам, всем тем, кто стремится к высокой компетентности в анализе электрокардиограмм. Форма изложения особенно подходит для подготовки к квалификационным экзаменам по кардиологии. Книга поможет интерпретировать нарушения ритма сердца, распознавать локализацию повреждения и сопоставлять данные ЭКГ с клинической картиной заболевания.

Атлас содержит в общей сложности 200 электрокардиограмм, каждая из которых, кроме 12 стандартных отведений, зарегистрированных на трехканальном электрокардиографе, включает отведение II, специально снятое для регистрации ритма сердца. При интерпретации электрокардиограмм наряду с описанием в форме, принятой в больницах, всякий раз приводится заключение, требующееся при проведении квалификационных экзаменов по кардиологии (оно, впрочем, может использоваться и в клинической практике).



Пользуясь книгой как самоучителем, читатель может упражняться, отводя примерно по четыре часа на каждый из пяти разделов, имитируя условия настоящего квалификационного экзамена.

Все ЭКГ сопровождаются перечислением достоверных диагнозов (вероятные, неподтвержденные или альтернативные заключения представлены в скобках), комментариями и ссылками на литературу. В библиографическом указателе перечислены научные публикации, содержащие специальные сведения и разъяснения, и учебная литература. Ссылки на книги даются с указанием фамилий авторов и соответствующих страниц, а ссылки на журнальные статьи - только фамилий авторов. В случае, если в библиографическом указателе представлено несколько статей данного автора, то их можно различить по примечаниям в скобках.

Список типичных электрокардиографических диагнозов и критерии их установления приведены в начальном разделе книги.

**Адрес Издательства "Бином": 103473, Москва, а/я 133. Тел.: (095) 973 9063, 973 9064; факс: (095) 978 1631.**

## БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОМОЩИ страдающим хроническими заболеваниями кожи

На семинарах Фонда можно получить информацию квалифицированных специалистов, бесплатно приобрести нужную литературу, а также просто встретиться и пообщаться с людьми, которые имеют знакомый диагноз.

Конечно, бывает нелегко смириться с болезнью и со всеми связанными с ней неприятностями. Здесь может помочь обмен опытом с другими больными. Человек всегда внутренне расслабляется и чувствует себя значительно лучше, если может говорить о своей болезни, учиться лучше оценивать ситуацию, сравнивая себя с другими людьми. При этом в большинстве случаев оказывается, что другим больным пришлось пережить те же страхи и столкнуться с теми же проблемами, которые теперь встали перед Вами. Вместе победить болезнь легче!

Адрес и телефон Фонда: 117071, Москва, а/я 11, тел./факс: 940 3168; тел.: 941 2484.



HOSPITAL  
**Больница**



Через газету "Больница" хотим выразить большую благодарность и признательность всему коллективу травматологического отделения ЦКБ №2 МЯС, лично зав. отделением Дмитриеву Леониду Михайловичу и лечащему врачу - хирургу Шумейко Виталию Ивановичу. Спасибо за помощь и внимательное отношение.

*Семья Копыловых.*

Кафедра травматологии и ортопедии Российского государственного медицинского университета и Российское артроскопическое общество совместно с компанией Smith and Nephew Endoscopy проводит учебно-практический курс, посвященный современным проблемам артроскопической хирургии. В его работе примут участие ведущие отечественные и зарубежные хирурги.

Занятия курса будут проходить 15 - 17 апреля в Первой Градской больнице, корп.15, тел.: 236 9669. Лазишвили Гурам Давидович.

### "Здоровый человек - сильное государство"

Под таким девизом 24 - 26 апреля будет проходить Московская весенняя универсальная ярмарка

### "Книга. Медицина. Здоровье-97"

На ярмарке будет представлен широкий спектр изданий по медицине, экологии, спорту, питанию, научно-популярные книги по нетрадиционным и народным методам лечения, энциклопедическая, справочная, учебная и научная литература, медицинские газеты и журналы.

В дни работы ярмарки состоятся презентации книжных новинок и издательских программ, семинары, встречи с авторами и специалистами в области здравоохранения и фармации.

Адрес: **Центральная медицинская библиотека**, ул. Красикова, 30 Проезд: метро "Профсоюзная" (из центра - первый вагон, при выходе налево)



### Выставка специалистов - для специалистов

Вторая Международная специализированная выставка "Аптека Санкт-Петербурга - 97" пройдет с 21 по 25 апреля 1997 года в Выставочном центре "Михайловский Манеж". Устроители выставки: "Фарми-мэкс" (Россия) и "M.S.I." (Австрия) при участии Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга.

Параллельная программа в этом году проходит по теме: "Проблемы фармакотерапии Северо-Западного региона и фармацевтическая практика". Здесь впервые будут рассмотрены актуальные вопросы лекарственного обеспечения стационаров в комплексе с новой системой организации фармацевтической службы крупного города.



# ИГОРЬ ГУБЕРМАН

Бог техники - иной, чем бог науки,  
Искусства бог - иной, чем бог войны,  
и Бог любви слабеющие руки  
над ними простирает с вышины.

Я волоку телегу с бытом  
без напряженья и нитья,  
воспринимаю быт омытым  
высоким светом бытия.

Сегодня для счастливого  
супружества  
у женщины должно быть много  
мужества.



Разбуженный светом, ожившим в окне,  
я вновь натянул одеяло;  
я прерванный сон об измене жене  
хотел досмотреть до финала.

Уходят сыновья, задрав хвосты,  
и дочери томятся, дома сидя;  
мы садим семена, растим цветы,  
а после только ягодицы видим.

Женщиной славно от века все,  
чем прекрасна семья;  
женщина - друг человека  
даже, когда он свинья.

Творец дал женскому лицу  
способность перевоплотиться:  
сперва мы вводим в дом овцу,  
а после терпим от волчицы.



Мое счастливое лицо  
не разболтает ничего;  
на пальце я ношу кольцо,  
а шейей - чувствую его.

Съев пуды совместной каши  
и года отдав борьбе,  
всем хорошим в бабах  
наших мы обязаны себе.

Не брани меня, подруга,  
отвлекись от суеты,  
все и так едят друг друга,  
а меня еще и ты.

Детми к семье пригвождены,  
мы бережем покой супруги;  
ничто не стоит слез жены,  
кроме объятия подруги.

Завел семью. Родились дети.  
Скитаюсь в поисках монет.  
Без женщин жить нельзя на свете,  
а с ними - вовсе жизни нет.

Был холост - снились одалиски,  
вакханки, шлюхи, гейши, киски;  
теперь со мной живет жена,  
а ночью снится тишина.

Удачливый и смелый нарушитель  
законности, традиций, тишины,  
судьбы своей решительный  
вершитель,  
мучительно боюсь я слез жены.

Еще в нас многое звериным  
осталось в каждом, но великая  
жестокость именно к любимым -  
лишь человека данность дикая.

Когда в семейных шумных ссорах  
жена бывает неправа,  
об этом позже в мемуарах  
скорбит прозревшая вдова.

Если рвется глубокая связь,  
боль разрыва врачует солью.  
Хорошо расставаться, смеясь -  
над собой, над разлукой, над  
болью.

Разве слышит ухо, видит глаз  
этих переломов след и хруст?  
Любящие нас ломают нас  
круче и умелей, чем Прокруст.



Тому, что в семействе трещина,  
всюду одна причина:  
в жене пробудилась женщина,  
в муже уснул мужчина.

Жалко бабу, когда счастье губя,  
добиваясь верховодства оплошно,  
подминает мужика под себя,  
и становится ей скучно и тошно.

Хвалите, бабы, мужиков:  
мужик за похвалу  
достанет месяц с облаков  
и пыль сметет в углу.

Амур хулиганит с мишенью  
мужских неразумных сердец,  
и стерва, зануда и шельма  
всех раньше идут под венец.



Чтобы не дать угаснуть роду,  
нам Богом послана жена,  
а в баб чужих по ложке меду  
вливает хитрый сатана.

Вполне владеть своей женой  
и управлять своим семейством -  
куда труднее, чем страной,  
хотя и мельче по злодействам.



Мне жаль небосвод этот синий,  
жаль землю и жизни осколки;  
мне страшно, что сытые свиньи  
страшней, чем голодные волки.

## HOSPITAL Больница

тел./факс: 465 4854

Подписка на газету проводится с любого месяца во всех отделениях связи России и республик СНГ. Индекс по каталогу "Роспечати" 32608.

Москвичей мы приглашаем в редакцию. Стоимость подписки в этом случае будет значительно меньше. Представители медицинских учреждений могут получить газету в редакции бесплатно.

Газета зарегистрирована Комитетом Российской Федерации по печати  
Регистрационный номер 014489. Издается с 1993 года  
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая  
больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова Художник Д. Дроздецкий (Митрич) Отдел рекламы Е. Ходакова  
105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, к. 204; тел./факс: (095) 465 4854

Цена  
договорная